**Załącznik nr 1**

do wniosku o dofinansowanieze środków

Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

**likwidacji barier architektonicznych**

……………………………………………

(pieczątka zakładu opieki zdrowotnej

lub gabinetu lekarskiego)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

(ważne 3 miesiące od daty wystawienia)

|  |
| --- |
| **DANE PERSONALNE PACJENTA** |
| **Imię i nazwisko:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **ADRES ZAMIESZKANIA** |
| **Miejscowość, ulica, nr domu/lokalu:** |  |

**Rozpoznanie choroby zasadniczej:**

………………………………………………………………………………………………………………………………

**Zaświadczam, że osoba niepełnosprawna jest osobą (zaznaczyć właściwe):**

* leżącą
* poruszającą się na wózku inwalidzkim
* poruszającą się za pomocą kul, balkonika itp.
* poruszającą się samodzielnie bez zaopatrzenia ortopedycznego
* z dysfunkcją narządu wzroku, powodującą trudności w poruszaniu się
* z inną dysfunkcją ………………………………………………………………………… **powodującą trudności w poruszaniu się**:

|  |
| --- |
| **Uzasadnienie konieczności likwidacji barier architektonicznych:** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |  |
| --- | --- |
| Data ……………………………. | ………………………………..Pieczęć i podpis lekarza |

**Zaświadczenie winno być wypełnione w całości, w sposób czytelny.**