

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Pabianicach – likwidacja barier
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i Nazwisko pacjenta

Data urodzenia

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....
.....

2. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia niepełnosprawności lub orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

.....
.....

3. Uszkodzenie innych narządów i układów oraz choroby współistniejące

.....
.....

4. Możliwości w zakresie poruszania się osoby niepełnosprawnej (właściwe zaznaczyć)

- porusza się samodzielnie
- porusza się tylko i wyłącznie na wózku inwalidzkim
- porusza się przy pomocy przedmiotów ortopedycznych (kula, laska, balkonik)

inne

5. Jakie elementy przedsięwzięcia objętego wnioskiem o dofinansowanie umożliwi lub znacznie ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontakt z otoczeniem

.....
.....
.....

Pouczenie: Zgodnie z art.271 § 1 kodeksu karnego „Funkcjonariusz publiczny lub **inna osoba uprawniona** do wystawienia dokumentu, która poświadczą w nim nieprawdę co do okoliczności mającej znaczenie prawne, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do 5 lat”

.....
podpis pieczęć lekarza specjalisty
wystawiającego zaświadczenie