

.....
Miejscowość, data

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wolsztynie
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko PESEL

Adres zamieszkania

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność dotyczy (*właściwe zaznaczyć):

osoby poruszającej się: samodzielnie, przy pomocy balkonika, trójnogu, kul łokciowych,

osoby poruszającej się na wózku inwalidzkim,

osoby po amputacji kończyny górnej/kończyn górnych*, kończyny dolnej/kończyn dolnych*,

osoby z wrodzonym brakiem kończyny górnej/kończyn górnych*, kończyny dolnej/kończyn dolnych*,

osoby z dysfunkcją narządu wzroku: niewidomej, niedowidzącej,

osoby z inną dysfunkcją utrudniającą poruszanie.....

.....

3. Szczegółowe uzasadnienie, że osoba ma trudności w poruszaniu się w związku z istniejącą niepełnosprawnością:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
pieczętka i podpis lekarza

Bariery architektoniczne to wszelkie utrudnienia występujące w budynku i w jego najbliższej okolicy, które ze względu na rozwiązania techniczne, konstrukcyjne lub warunki użytkowania uniemożliwiają lub utrudniają swobodę ruchu osobom niepełnosprawnym.