

.....  
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:

- osoby poruszającej się na wózku inwalidzkim ,
- osoby z dysfunkcją narządu słuchu i mowy (głuchoniemej) ,
- osoby z dysfunkcją narządu słuchu: głuchej , niedosłyszającej ,
- osoby z dysfunkcją narządu wzroku: niewidomej , niedowidzącej ,
- osoby z dysfunkcją narządu mowy: niemej ,
- osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi  (zgodnie z orzeczeniem o niepełnosprawności – symbol: 12C),
- osoby z inną dysfunkcją utrudniającą komunikowanie  (jaką?) .....

3. Uzasadnienie, że osoba ma trudności w porozumiewaniu się, przekazywaniu informacji w związku z istniejącą niepełnosprawnością:

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

4. Zalecany/zalecane sprzęt/urządzenie, który/które ułatwi osobie niepełnosprawnej porozumiewanie się, przekazywanie informacji:

.....

.....  
pieczętka i podpis lekarza specjalisty