

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Bydgoszczy
dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się i
technicznych ze środków PFRON
/Proszę wypełnić w języku polskim/

Imię i Nazwisko pacjenta

.....

data urodzenia (**pesel**)

.....

1 Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:

.....

.....

.....

.....

.....

2 Trudności w komunikowaniu się, lub bariery techniczne związane z
rodzajem dysfunkcji:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3 Uzasadnienie zakupu sprzętu lub rozwiązań technicznych
zaproponowanych przez Osobę niepełnosprawną

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej)

.....
(data i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie)