Załącznik Nr 1

do wniosku o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych,

w komunikowaniu się, technicznych

Pieczęć Ośrodka

Zdrowia

Zaświadczenie Lekarskie

wydane na potrzeby Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Opatowie

Imię i nazwisko …….

Pesel …… Adres …….

Rozpoznanie choroby zasadniczej (NAZWA PO POLSKU)

…….

Choroby współistniejące, przebyte operacje

……

Uzasadnienie potrzeb likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych wynikających z niepełnosprawności:

……

……

……

…… ……

(Data) (podpis i pieczęć lekarza)