……………………………..………………..

(miejscowość i data)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**

**wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Parczewie dofinansowanie do likwidacji barier architektonicznych**

**Imię i nazwisko pacjenta**…………………………………………………………………………………………………………

**Adres zamieszkania**…………………….………………………………………………………………….………………………

**Data urodzenia**…………………...………………………………………………………………………………………………….

1. **Rozpoznanie i opis schorzenia powodującego niepełnosprawność:**

…………………………………………………………………………………………………………………………….…………….

…………………………………………………………………………………………………………………………….…………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………….….

……………………………………………………………………………………….………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………….…….

1. **Opis trudności/ograniczeń wynikających z niepełnosprawności pacjenta:**
2. **W zakresie poruszania się:**

…………………………………………………………………………………………………………………………….…………….

…………………………………………………………………………………………………………………………….…………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………….….

……………………………………………………………………………………….………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………….…….

1. **W zakresie samodzielnego funkcjonowania:**

…………………………………………………………………………………………………………………………….…………….

…………………………………………………………………………………………………………………………….…………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………….….

……………………………………………………………………………………….………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………….…….

…………….………………………………….. ……………………………………………………

(pieczątka zakładu opieki zdrowotnej) (pieczątka i podpis lekarza specjalisty

 wystawiającego zaświadczenie)