

.....
Miejscowość, data

.....
Pieczęć 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: 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 (jaką?).....

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

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

.....
pieczęć i podpis lekarza