

.....  
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: samodzielnie , przy pomocy balkonika , trójnogu , kul łokciowych ,
- osoby poruszającej się na wózku inwalidzkim ,
- osoby nieporuszającej się samodzielnie – leżącej ,
- 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 słuchu: głuchej , niedosłyszającej ,
- osoby z dysfunkcją narządu wzroku: niewidomej , niedowidzącej ,
- osoby z inną dysfunkcją utrudniającą funkcjonowanie  (jaką?) .....

3. Uzasadnienie, że osoba ma trudności w samodzielnym funkcjonowaniu w związku z istniejącą niepełnosprawnością:

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

4. Zalecany/zalecane przedmiot/urządzenie, który/które umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem:

.....

.....  
pieczętka i podpis lekarza specjalisty