

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
(Miejscowość, data)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA SPECJALISTY
(ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON
ZAOPATRZENIA W SPRZĘT REHABILITACYJNY)
- wypełnić czytelnie**

1. Dane dotyczące osoby niepełnosprawnej/dziecka niepełnosprawnego *

Imię i nazwisko.....

Pesel.....

Adres zamieszkania.....

2. Rozpoznanie choroby zasadniczej – rodzaj niepełnosprawności (w języku polskim):

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

3. Zalecany rodzaj, typ sprzętu rehabilitacyjnego:

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

**4. Zachodzi/nie zachodzi* potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy
użyciu sprzętu rehabilitacyjnego, stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności
(uzasadnienie):**

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

.....
Data

.....
(pieczęćka i podpis lekarza specjalisty)

* niepotrzebne skreślić