

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

.....  
(Miejscowość, data)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA SPECJALISTY  
(ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON  
LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH)  
- 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. Osoba porusza się za pomocą:**

a) wózka inwalidzkiego (proszę zakreślić właściwe)    NIE    TAK

b) innych środków ortopedycznych – jakich: .....

**4. Osoba ma trudności w poruszaniu się ze względu na dysfunkcję wzroku  
(proszę zakreślić właściwe)    NIE    TAK**

w jakim zakresie

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

.....  
*Data*

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

\* niepotrzebne skreślić