

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA SPECJALISTY  
(ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON  
LIKWIDACJI BARIER W KOMUNIKOWANIU SIĘ I TECHNICZNYCH)  
- 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/urządzenia:**

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

**4. Uzasadnienie konieczności korzystania z ww. sprzętu/urządzenia stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności:**

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

.....  
*Data*

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

\* niepotrzebne skreślić