

.....  
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

.....  
data

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie  
w Ostrowie Wielkopolskim

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia.....PESEL.....

Rodzaj i przyczyna niepełnosprawności:

.....  
.....

W związku z powyższym oraz w związku z ubieganiem się o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych/technicznych\* zaświadczam, iż ww. osoba posiada trudności w poruszaniu się.

.....  
pieczęć i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie

\* właściwe podkreślić