

.....
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