

Stempel Zakładu Opieki Zdrowotnej
lub Gabinetu Lekarskiego

.....
Dnia

Zaświadczenie Lekarskie

Do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON będących w dyspozycji MOPS w Łodzi
likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej

Imię i Nazwisko:

Adres zamieszkania:

PESEL:

Rodzaj dysfunkcji:

Sposób poruszania się:

- ☐ osoba leżąca
- ☐ na wózku
- ☐ po amputacji kończyn
- ☐ przy pomocy balkonika
- ☐ przy pomocy kul lub trójnoga
- ☐ przy pomocy osób trzecich
- ☐ przy pomocy białej laski
- ☐ samodzielnie

Dodatkowe informacje:

.....
.....

.....
Podpis i pieczęć lekarza