|  |
| --- |
| MOPR – BA /Zaśw.lek. |

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

lub gabinetu lekarskiego

***Zaświadczenie wydane dla celów związanych z ubieganiem się przez osobę niepełnosprawną w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie w Białymstoku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych***

(proszę wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko …………………………………………………………………………………

PESEL …………………………………………...…………………………………….……......

Adres zamieszkania ……………………………………………………………………..………

Rozpoznanie choroby zasadniczej ……………………………………………………..……….

……………………………………………………………………………………………..…….

…………………………………………………………………………………….………….….

Choroby współistniejące…………………………………………………………………….…..

……………………………………………………………………………………………….…..

……………………………………………………………………………………………….…..

Rodzaj niepełnosprawności uzasadniający likwidację barier architektonicznych w miejscu

zamieszkania osoby niepełnosprawnej …………………………………………………..……..

…………………………………………………………………………………………..……….

…………………………………………………………………………………………..……….

………………………………………………………………………………………….…..……

…………………………………………………………………………………………….……..

…………………………………………………………………………………………….……..

………………………………. ………...……………………………

(Data) (Pieczątka imienna i podpis lekarza specjalisty)