

.....
 pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
 lub gabinetu lekarskiego

Zaświadczenie lekarza

wydane dla potrzeb Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Sopocie
 dotyczy: ubiegania się o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych
 (proszę wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko		
PESEL		
Adres zamieszkania	ul.	nr domu:
	Kod pocztowy:	Miejscowość:

1. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdzam, że niepełnosprawność pacjenta dotyczy: (rozpoznanie choroby zasadniczej)

.....

2. Opis niepełnosprawności, związany z trudnościami w poruszaniu się:

osoba leżąca wymagająca opieki innych osób,
 osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim,
 osoba poruszająca się przy pomocy balkonika, trójnogu, kul, itp.,
 osoba z dysfunkcją kończyn (proszę wskazać, których kończyn dotyczą dysfunkcje oraz scharakteryzować te dysfunkcje).....

 osoba zaopatrzona w protezy:
 - kończyn górnych,
 - kończyn dolnych,
 osoba z dysfunkcją narządu wzroku:
 - niedowidząca,
 - niewidoma,
 inne dysfunkcje utrudniające poruszanie się (proszę opisać jakie):.....

¹⁾ proszę wstawić X we właściwej rubryce

....., dnia

Miejscowość

.....
 pieczęć i podpis lekarza