

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

.....
Miejscowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

wydane w celu stwierdzenia potrzeb w zakresie likwidacji barier technicznych

(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

1. Imię i nazwisko
2. Adres zamieszkania
3. PESEL
4. Uszkodzenia narządów, układów oraz choroby współistniejące i wynikające z nich
trudności w wykonywaniu podstawowych, codziennych czynności.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
(podpis i pieczęć lekarza wydającego zaświadczenie)