**Załącznik nr 1 do wniosku na likwidację**

 **barier architektonicznych**

 **w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej**

pieczątka zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**

wydane dla potrzeb PCPR

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

Data urodzenia …………………………………… PESEL ……………….…………………………..

Adres ……………………………………………………………………………………………………

**Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji\***

 dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się:

 na wózku inwalidzkim

 na stałe

 okresowo

 za pomocą kul

 za pomocą balkoniku

 osoba leżąca

 inna dysfunkcja narządu ruchu

 wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk

 dysfunkcja narządu wzroku

 dysfunkcja narządu słuchu i mowy

 deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)

 inne (podać jakie)………………………………………………………………………………….………………

Rozpoznanie i opis choroby zasadniczej:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Opis schorzenia będącego przyczyna niepełnosprawności:

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

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

Data ………………………………….. ……………………………………

  ***Podpis i pieczątka lekarza***

\* właściwe zaznaczyć