**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