

.....

Dnia

Zaświadczenie Lekarskie

Do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON będących w dyspozycji MOPS w Łodzi
likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej

Imię i Nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

PESEL.....

Rodzaj dysfunkcji.....

.....

Sposób poruszania się:

- na wózku inwalidzkim
- przy pomocy balkoniku
- przy pomocy kul
- przy pomocy osób drugih
- osoba leżąca
- po amputacji kończyn
- samodzielnie

Dodatkowe informacje:.....

.....

Podpis i pieczęć Lekarza

.....