

.....

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

.....