

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

Z A Ś W I A D C Z E N I E

**wydane dla potrzeb MOPS w Łodzi
w celu dofinansowania ze środków PFRON w zakresie rehabilitacji
społecznej i zawodowej**

Imię i nazwisko :

PESEL:

Miejsce zamieszkania:

Rozpoznanie choroby zasadniczej (opis stanu zdrowia):

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Choroby współistniejące:

.....
.....

Wskazane korzystanie z:

.....
.....

(należy wskazać sprzęt, który ułatwi osobie niepełnosprawnej rehabilitację)

4. Uwagi uzupełniające i zalecenia dodatkowe:

.....
.....
.....

.....
(miejscowość i data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)