

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

.....
(data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane dla potrzeb ubiegania się o dofinansowanie ze środków
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do sprzętu rehabilitacyjnego.

1. Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

PESEL:

2. Rodzaj schorzeń:

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

3. W/w osoba wymaga rehabilitacji w warunkach domowych w zakresie:

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

4. Zalecany (stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności w/w osoby) sprzęt rehabilitacyjny*:

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

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

* **sprzęt rehabilitacyjny** – to sprzęt niezbędny do prowadzenia zajęć rehabilitacyjnych mających za zadanie osiągnięcie przy aktywnym uczestnictwie osoby niepełnosprawnej możliwie najwyższego poziomu jej funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej.