Miejscowość ………………………….

dnia ……………………………………

###### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb PCPR

w celu likwidacji barier: architektonicznych, technicznych i w komunikowaniu się ze środków PFRON

Imię i Nazwisko .........................................................................................................

PESEL ………...........................................................................................................

1. Rozpoznanie i opis choroby zasadniczej .......................................................................................

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

Zgodnie z definicją słownikową :

* **Bariery architektoniczne** – oznacza to wszelkie utrudnienia występujące w budynku i w jego najbliższej okolicy, które ze względu na rozwiązania techniczne, konstrukcyjne lub warunki użytkowania uniemożliwiają lub utrudniają swobodę ruchu osobom niepełnosprawnym.
* **Bariery w komunikowaniu się** – oznacza to ograniczenia uniemożliwiające lub utrudniające osobie niepełnosprawnej swobodne porozumiewanie się i / lub przekazywanie informacji.
* **Bariery techniczne** – oznacza to bariery utrudniające lub uniemożliwiające osobie niepełnosprawnej usprawnianie. Likwidacja tej bariery powinna powodować sprawniejsze działanie tej osoby w społeczeństwie i umożliwić wydajniejsze jej funkcjonowanie.
1. Zalecany zakres likwidacji barier stosowny do potrzeb wynikających z niepełnosprawności, zgodnie z powyższą definicją.

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

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

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

 pieczątka zakładu opieki zdrowotnej pieczątka i podpis lekarza

 lub praktyki lekarskiej wystawiającego zaświadczenie