

\_\_\_\_\_  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane dla potrzeb PCPR w Świeciu-  
likwidacja barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej

*/prosimy wypełniać czytelnie w języku polskim/*

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_ adres zamieszkania \_\_\_\_\_

ZAKREŚLIĆ JEDNO WŁAŚCIWE POLE	<b>PACJENT JEST OSOBĄ PORUSZAJĄCĄ SIĘ:</b>
<input type="checkbox"/>	na wózku inwalidzkim tylko przy pomocy opiekuna
<input type="checkbox"/>	na wózku inwalidzkim samodzielnie na terenie dostępnym
<input type="checkbox"/>	na stałe przy pomocy kul lub balkonika
<input type="checkbox"/>	samodzielnie

\_\_\_\_\_  
miejsowość i data

\_\_\_\_\_  
pieczętka i podpis lekarza  
specjalisty lub prowadzącego