

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

.....
(data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

WYDANE DLA POTRZEB UBIEGANIA SIĘ O DODFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO
FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH DO ZAKUPU SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO

1. **Imię i nazwisko:**.....
Adres zamieszkania:
PESEL:

2. **Rodzaj schorzeń:**
.....
.....
.....
.....

3. **W/w 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.