**Załącznik Nr 1 do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny na wniosek osób niepełnosprawnych zamieszkałych na terenie Powiatu Krakowskiego.**

…………………………………

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

lub gabinetu lekarskiego

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

(wydane na potrzeby PCPR w Krakowie)

Imię i nazwisko pacjenta…………………………………………………………………………………………….

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

Adres zamieszkania …………………………………………………………………………………………………

**Stwierdza się potrzebę prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu sprzętu rehabilitacyjnego wymienionego poniżej:**

TAK NIE

**Rodzaj zalecanego sprzętu rehabilitacyjnego związanego z indywidualnymi potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności:**

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

**Krótkie uzasadnienie zaświadczenia z podaniem rodzaju schorzeń lub dysfunkcji:** ……………………………

……………………………………………………………………………………………………………………… …

…………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………….. ……………………………….

data ( pieczątka i podpis lekarza

wystawiającego zaświadczenie)

\***zaświadczenie lekarskie powinno być wystawione czytelnie, w języku polskim**