**Załącznik nr 1 do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier technicznych i w komunikowaniu się 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 ………………………………………………………………………………………………….

**Rodzaj schorzeń utrudniających codzienne funkcjonowanie i wykonywanie codziennych, podstawowych czynności i/lub utrudniających komunikowanie się (kontakty z otoczeniem):**

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

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

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

**Uzasadnienie\***:

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

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

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

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

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

……………………………….. ……………………………….

 data ( pieczątka i podpis lekarza

 wystawiającego zaświadczenie)

\* **W treści uzasadnienia proszę wskazać, czy z uwagi na posiadane schorzenia osoba niepełnosprawna ma trudności w wykonywaniu codziennych podstawowych czynności oraz czy ma trudności w codziennym funkcjonowaniu, a także czy zachodzi potrzeba wykonywania tych czynności przy użyciu wnioskowanego sprzętu i/lub ma trudności w komunikowaniu się uzasadniające dofinansowanie wnioskowanego sprzętu.**

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