

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

Wypełnia lekarz specjalista

**Zaświadczenie lekarskie**  
*dla Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Sierpcu w celu dofinansowania ze  
środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny*

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Adres .....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji .....

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

Nazwa sprzętu rehabilitacyjnego.....

.....  
.....

Uzasadnienie celowości zakupu w/w sprzętu rehabilitacyjnego oraz jego wpływ na poprawę  
sprawności organizmu osoby niepełnosprawnej /przewidywane efekty/:

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

Czy zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu w/w  
sprzętu?

**Tak / Nie**

Uzasadnienie.....

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

.....  
(data)

.....  
podpis i pieczęć lekarza specjalisty  
wystawiającego zaświadczenie