

*Załącznik nr 1  
do wniosku o dofinansowanie  
likwidacji barier  
w komunikowaniu się/ technicznych*

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

....., dnia ..... 20..... r.  
(miejscowość)

### **Zaświadczenie lekarza**

**Potwierdzam, że osoba:**

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Adres zamieszkania .....

**wymaga sprzętu** .....

.....  
**gdyż jest to uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności  
i umożliwi osobie lub w znacznym stopniu ułatwi wykonywanie  
podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem.**

**Uzasadnienie**.....

.....  
Podać rodzaj schorzenia lub dysfunkcji  
.....  
.....  
.....  
.....

**Zaświadczenie wydawane jest na prośbę pacjenta, celem przedłożenia w Powiatowym  
Centrum Pomocy Rodzinie w Strzelcach Opolskich.**

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)