

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**  
wydane dla potrzeb Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Bydgoszczy  
**dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych**  
**ze środków PFRON**  
(Proszę wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i Nazwisko pacjenta

.....

data urodzenia (pesel)

.....

1. Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:

.....

.....

.....

.....

.....

2. Trudności w poruszaniu się związane z rodzajem dysfunkcji:

.....

.....

.....

.....

.....

3. Uzasadnienie zakupu sprzętu lub rozwiązań technicznych zaproponowanych przez Osobę niepełnosprawną

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
(Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej)

.....  
(data i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie)