

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**  
wydane dla potrzeb Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Bydgoszczy  
**dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się i**  
**technicznych ze środków PFRON**  
/Proszę wypełnić w języku polskim/

Imię i Nazwisko pacjenta

.....

data urodzenia (**pesel**)

.....

**1** Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:

.....

.....

.....

.....

.....

**2** Trudności w komunikowaniu się, lub bariery techniczne związane z  
rodzajem dysfunkcji:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

(data i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie)