

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Zaświadczenie lekarskie ¹

*dla celów związanych z ubieganiem się przez osobę z niepełnosprawnością w MOPR w Kielcach
o dofinansowanie do **zakupu sprzętu rehabilitacyjnego** ze środków
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych*

Imię i nazwisko:

Pesel:

1. Rozpoznanie i opis choroby zasadniczej:

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

2. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia niepełnosprawności:

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

3. Zalecany sprzęt rehabilitacyjny stosowny do potrzeb wynikających z niepełnosprawności:

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

4. **Zachodzi/ nie zachodzi*** potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu tego sprzętu.

.....
data

.....
pieczęć i podpis lekarza specjalisty

* niepotrzebne skreślić

¹ Zaświadczenie lekarskie wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności.