

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

## Zaświadczenie lekarskie <sup>1</sup>

*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

---

<sup>1</sup> Zaświadczenie lekarskie wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności.