

.....
Dnia

Zaświadczenie Lekarskie

Do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON będących w dyspozycji MOPS w Łodzi
likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej

Imię i Nazwisko:

Adres zamieszkania:

PESEL:

Rodzaj dysfunkcji:

.....
.....

Sposób poruszania się:

- osoba leżąca

- na wózku inwalidzkim

- po amputacji kończyn

- przy pomocy kul

- przy pomocy balkoniku

- przy pomocy osób trzecich

- samodzielnie

Dodatkowe informacje:

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

Podpis i pieczęć Lekarza

.....