

Stempel Zakładu Opieki Zdrowotnej  
lub Gabinetu Lekarskiego

.....  
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
- po amputacji kończyn
- przy pomocy balkonika
- przy pomocy kul lub trójnoga
- przy pomocy osób trzecich
- przy pomocy białej laski
- samodzielnie

Dodatkowe informacje: .....

.....  
.....

.....  
Podpis i pieczęć lekarza