



Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

### **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

Nazwisko i imię .....

PESEL .....

Adres .....

Rodzaj schorzenia\*:

- |                                                |                                        |                                          |
|------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> choroby psychiczne    | <input type="checkbox"/> narząd wzroku | <input type="checkbox"/> układ krążenia  |
| <input type="checkbox"/> choroby neurologiczne | <input type="checkbox"/> narząd słuchu | <input type="checkbox"/> układ oddechowy |
| <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe | <input type="checkbox"/> układ ruchu   | <input type="checkbox"/> inne .....      |

Opis schorzeń: .....

.....

.....

.....

.....

Określenie rodzaju sprzętu:

.....

.....

.....

Powyższy sprzęt jest:\*

- ☐ niezbędny      ☐ wskazany      ☐ zbędny

w celu likwidacji barier technicznych.

.....

Data

.....

Podpis i pieczęć lekarza

\*- właściwe zaznaczyć