

.....  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego)

.....  
(data)

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

wydane dla potrzeb ubiegania się o dofinansowanie ze środków  
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do sprzętu rehabilitacyjnego.

**1. Imię i nazwisko:** .....

**Adres zamieszkania:** .....

**PESEL:** .....

**2. Rodzaj schorzeń:**

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

**3. W/w osoba wymaga rehabilitacji w warunkach domowych w zakresie:**

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

**4. Zalecany (stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności w/w osoby) sprzęt rehabilitacyjny\*:**

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

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

\* **sprzęt rehabilitacyjny** – to sprzęt niezbędny do prowadzenia zajęć rehabilitacyjnych mających za zadanie osiągnięcie przy aktywnym uczestnictwie osoby niepełnosprawnej możliwie najwyższego poziomu jej funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej.