

.....  
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**  
do potrzeb ubiegania się przez osobę niepełnosprawną o dofinansowanie  
ze środków PFRON **likwidacji barier architektonicznych**

**(proszę wypełnić czytelnie w języku polskim)**

Imię i Nazwisko .....

Data urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

Nr PESEL .....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....  
.....

**Sprawność**

**kończyn górnych\*:**

- pełna
- częściowo ograniczona
- całkowicie niesprawne

**kończyn dolnych\*:**

- pełna
- częściowo ograniczona
- całkowicie niesprawne

**Osoba porusza się\*:**

- samodzielnie
- z częściową pomocą
- wyłącznie z pomocą
- na wózku inwalidzkim
- jest osobą leżącą

2. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia o stopniu niepełnosprawności:

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

3. Uzasadnienie celowości likwidacji barier architektonicznych w aspekcie indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej:

.....  
.....

.....  
miejsce i data

.....  
pieczętka i podpis lekarza

Dane będą przetwarzane na podstawie §6 pkt. 1 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25.06.2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych ( Dz.U. z 2015 r., poz. 926), art. 6 ust.1 lit. c oraz art. 9 ust.2 lit. h Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE ( RODO).

**Osoba została poinformowana zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 RODO**