

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Przysusze - dofinansowanie
ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
likwidacji barier w komunikowaniu się

Proszę wypełnić w języku polskim czytelnie

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

PESEL.....

Rozpoznanie choroby zasadniczej (w języku polskim)

.....

.....

Trudności z komunikowaniem się związane są z rodzajem dysfunkcji

.....

.....

Sprawność danego narządu/układu sprawia trudności w stopniu*:

znacznym

umiarkowanym

lekkim

Rodzaj sprzętu/urządzenia służącego likwidacji barier w komunikowaniu się, tj. ułatwieniu lub umożliwieniu osobie niepełnosprawnej swobodnego porozumiewania się i/lub przekazywania informacji:

.....

.....

Osoba wymaga likwidacji barier w komunikowaniu się** tak nie

Uzasadnienie potrzeby likwidacji barier w komunikowaniu się:

.....

.....

.....

.....
pieczęć i podpis lekarza specjalisty

****Bariery w komunikowaniu się to ograniczenia uniemożliwiające lub utrudniające osobie niepełnosprawnej swobodne porozumiewanie się i/lub przekazywanie informacji.**

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