

.....  
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

### **Zaświadczenie lekarskie**

wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Myszkowie  
– dotyczy dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych  
w ramach **Modułu II - Dofinansowanie lub refundacja kosztów uzyskania wykształcenia na poziomie  
wyższym**

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Adres zamieszkania .....

Rozpoznanie choroby zasadniczej .....

.....

.....

Choroby współistniejące .....

.....

.....

Rodzaj niepełnosprawności uzasadniający pomoc w dofinansowaniu lub refundacji kosztów  
uzyskania wykształcenia na poziomie wyższym .....

.....

.....

Czy występują przeciwwskazania zgodnie z rodzajem niepełnosprawności do podjęcia  
nauki na poziomie wyższym? .....

.....

.....

.....  
(data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)