

.....
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 **obszaru D - pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej**

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....

.....

.....

Choroby współistniejące

.....

.....

.....

Rodzaj niepełnosprawności uzasadniający pomoc w w *utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez
zapewnienie opieki dla osoby zależnej*

.....

.....

.....

.....

.....

Czy występują przeciwwskazania zgodnie z rodzajem niepełnosprawności do utrzymania aktywności
zawodowej.....

.....

.....

.....

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)