

.....
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)