

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

ZAŚWIADCZENIE

**wydane dla potrzeb MOPS w Łodzi
w celu dofinansowania ze środków PFRON w zakresie rehabilitacji
społecznej i zawodowej**

Imię i nazwisko :

PESEL:

Miejsce zamieszkania:

Rozpoznanie choroby zasadniczej (opis stanu zdrowia):

.....

.....

.....

.....

.....

Choroby współistniejące:

.....

.....

Wskazane korzystanie z (proszę wskazać z jakiego sprzętu rehabilitacyjnego):

.....

.....

.....

(należy wskazać sprzęt, który ułatwi osobie niepełnosprawnej rehabilitację)

Uwagi uzupełniające i zalecenia dodatkowe:

.....

.....

.....
(miejscowość i data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)