

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

**Zaświadczenie wydane dla celów związanych z ubieganiem się przez osobę niepełnosprawną  
w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie w Białymstoku o dofinansowanie ze środków Państwowego  
Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych,  
w komunikowaniu się i technicznych oraz zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny**

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Adres zamieszkania .....

**Przyczyny niepełnosprawności:**

(proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętką)

<input type="checkbox"/>	upośledzenie umysłowe	data, pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	choroby psychiczne	data, pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	zaburzenia głosu mowy i choroby słuchu	data, pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	choroby narządu wzroku	data, pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	upośledzenia narządu ruchu	data, pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	epilepsja	data, pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	choroby układu oddechowego i krążenia	data, pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	choroby układu pokarmowego	data, pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	choroby układu moczowo-płciowego	data, pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	choroby neurologiczne	data, pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	inne, w tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego	data, pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	całościowe zaburzenia rozwojowe	data, pieczętka i podpis lekarza