

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

**Zaświadczenie lekarza specjalisty
dla
potrzeb likwidacji barier w komunikowaniu się
(należy wypełnić w języku polskim)**

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia.....

PESEL

Adres zamieszkania.....

Rozpoznanie choroby zasadniczej, powodującej istotne ograniczenia w komunikowaniu się (rodzaj i zakres ograniczeń, wraz z uzasadnieniem)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)