

.....
(miejscowość i data)

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA SPECJALISTY

Nazwisko i imię:

Data urodzenia:

Zamieszkały/a:

.....
.....

Rodzaj schorzenia:

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

Uzasadnienie do wykonania prac z zakresu likwidacji barier architektonicznych

lub zakupu przedmiotu z zakresu likwidacji barier technicznych:

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

.....
(pieczęć i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie)