.....
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 ***obszaru 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 d*ofinansowaniu lub refundacji kosztów uzyskania wykształcenia na poziomie wyższym*

…….....

…….....

……... …….....

Czy występują przeciwwskazania zgodnie z rodzajem niepełnosprawności do podjęcia nauki na poziomie wyższym……

…….....

Czy pacjent jest osobą niewidomą? tak ___ nie ___ *

Czy pacjent jest osobą głuchą? tak ___ nie ___ *

Czy pacjent jest głuchoniewidomy? tak ___ nie ___ *

* zaznaczyć prawidłowe

…….. …….
(data) (pieczątka i podpis lekarza specjalisty)