

Likwidacja barier technicznych – wykonanie prac lub zakup urządzeń umożliwiających lub ułatwiających osobie niepełnosprawnej wykonanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem, jeżeli jest to uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności.

.....
Miejscowość i data

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA
dotyczące likwidacji barier technicznych**

Imię i nazwisko.....PESEL.....

Adres zamieszkania.....

I. Przyczyny niepełnosprawności (wstawić X w odpowiednim polu)

1. upośledzenie umysłowe	
2. choroby psychiczne	
3. zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	
4. choroby narządu wzroku	
5. upośledzenie narządu ruchu	
6. epilepsja	
7. choroby układu oddechowego	
8. choroby układu pokarmowego	
9. choroby układu moczowo - płciowego	
10. choroby neurologiczne	
11. inne, w tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenie, choroby układu krwiotwórczego	
12. częściowe zaburzenia rozwoju.	

II. Opis niepełnosprawności:

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

III. Szczegółowe uzasadnienie, że osoba ma trudności w wykonywaniu czynności życiowych w związku z istniejącą niepełnosprawnością:.....

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

Pieczętka i podpis lekarza