

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane dla potrzeb ubiegania się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych do **sprzętu rehabilitacyjnego***

Imię i Nazwisko

Nr PESEL

Adres zamieszkania

Przyczyna / zakres niepełnosprawności:

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

**Zalecany sprzęt do rehabilitacji w warunkach domowych związany z indywidualnymi
potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności:**

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

**Zakres prowadzonej rehabilitacji w warunkach domowych przy zastosowaniu zalecanego
sprzętu (np. rodzaj ćwiczeń, częstotliwość ich wykonywania) / przewidywane efekty rehabilitacji:**

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

.....

(data)

.....

(pieczęć i pieczęć lekarza)

* **Sprzęt rehabilitacyjny**, to sprzęt niezbędny do prowadzenia zajęć rehabilitacyjnych mających za zadanie osiągnięcie przy aktywnym uczestnictwie osoby niepełnosprawnej możliwie najwyższego poziomu jej funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej.