…………………………………………….

### pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

### lub gabinetu lekarskiego

# ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

*(Wydane na potrzeby ubiegania się o przyznanie usługi asystenta w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023, finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego)*

Imię i Nazwisko: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nr PESEL

Data urodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Miejscowość: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres zamieszkania: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Niepełnosprawność jest sprzężona\*

□ NIE

□ TAK – proszę zaznaczyć przyczyny niepełnosprawności:

□ 01-U – upośledzenie umysłowe

□ 02-P – choroby psychiczne

□ 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu

□ 04-O – narząd wzroku

□ 05-R – narząd ruchu

□ 06-E – epilepsja

□ 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia

□ 08-T – choroby układu pokarmowego

□ 09-M – choroby układu moczowo-płciowego

□ 10-N – choroby neurologiczne

□ 11-I – inne

□ 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe

1. Czy występują i w jakim zakresie utrudnienia związane z **mobilnością i komunikacją**\* ?

□ NIE

□ TAK - uzasadnienie

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

data pieczęć i podpis lekarza

wystawiającego zaświadczenie

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Właściwe zaznaczyć