

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

OPINIA LEKARSKA
DOTYCZĄCA ZASADNOŚCI LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH
*(utrudnienia występujące w budynku i jego najbliższej okolicy, które
z uwagi na rozwiązania techniczne, konstrukcyjne lub warunki
użytkowania uniemożliwiają lub utrudniają swobodę w poruszaniu się)*
DLA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Imię i nazwisko

PESEL

Adres

Rodzaj schorzenia

.....
(diagnoza w języku polskim)

Osoba korzysta ze sprzętu ortopedycznego, wspomagającego poruszanie się. TAK NIE

Rodzaj sprzętu (np. laska, kule, balkonik, wózek inwalidzki, proteza kończyn):

Uzasadnienie celowości likwidacji barier architektonicznych oraz jego wpływ na poprawę
sprawności psychofizycznej osoby niepełnosprawnej:

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

.....
miejsowość, data

.....
pieczęć i podpis
lekarza