

**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie**

ul. Bohaterów Porytowego Wzgórza 29, 23-300 Janów Lubelski tel. (15) 8723-345 fax (15) 8723-678

[pcprjanowlubelski@poczta.onet.pl](mailto:pcprjanowlubelski@poczta.onet.pl)

---

*Załącznik Nr 1*

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

*(wydane dla celów związanych z ubieganiem się przez osobę niepełnosprawną w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Janowie Lubelskim o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych)*

**Imię i nazwisko** .....

**PESEL** .....

**Adres zamieszkania** .....

Rozpoznanie choroby zasadniczej .....

.....

Choroby współistniejące .....

.....

Rodzaj niepełnosprawności uzasadniający likwidację barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej .....

.....

.....

.....

.....

.....

(Data)

.....

(Pieczęćka imienna i podpis lekarza specjalisty)