

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego)

### ZAŚWIADCZENIE

lekarza specjalisty o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności - potwierdzające dysfunkcję narządu wzroku  
(w przypadku osób dla których dysfunkcja narządu wzroku nie stanowi przyczyny wydania orzeczenia o niepełnosprawności )

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Adres zamieszkania .....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej :

.....  
.....

2. Uszkodzenie innych narządów i układów oraz choroby współistniejące

.....  
.....

**Zaświadczam, że Pan/Pani** .....

- ma trudności w poruszaniu się \*

**tak**

**nie**

\* (właściwe zaznaczyć)

.....  
(data, pieczęć i podpis lekarza specjalisty)