……………………………………………………………....... ……………………………………… *pieczęć instytucji/ poradni/ gabinetu specjalistycznego/ miejscowość, data*

*fundacji/ stowarzyszenia*

**ZAŚWIADCZENIE SPECJALISTY – PSYCHOLOGA/ TERAPEUTY/**

**PEDAGOGA SPECJALNEGO/ NEUROLOGOPEDY**

wydane dla potrzeb PCPR (prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim) –
**bariery w komunikowaniu się**

1. **Imię i nazwisko** …………………………………………….………………………………
2. PESEL
3. Opis dysfunkcji zaburzeń mowy/ komunikacji werbalnej w zakresie symbolu przyczyny niepełnosprawności 12 - C: ………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Zachodzi konieczność zakupu sprzętu elektronicznego oraz specjalistycznego oprogramowania, umożliwiającego bądź w znacznym stopniu ułatwiającego kontakt
z otoczeniem (wpisać rodzaj sprzętu, nazwę oprogramowania): ………………………….………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………..………………….…………………

…………………………………..…………………………………………………………………………………………………….

 ……………………………………………………

 *pieczęć i podpis specjalisty*