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

*fundacji/ stowarzyszenia*

**ZAŚWIADCZENIE SPECJALISTY – PSYCHOLOGA/ TERAPEUTY/**

**PEDAGOGA SPECJALNEGO/ NEUROLOGOPEDY/NEUROLOGA**

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

1. **Imię i nazwisko** …………………………………………….………………………………
2. PESEL
3. Opis dysfunkcji:

a) posiadają ważne orzeczenie o zaliczeniu do znacznego lub umiarkowanego stopnia   
 niepełnosprawności, z symbolem przyczyny niepełnosprawności 10-N oraz przedstawią   
 zaświadczenie od lekarza specjalisty – neurologa, który stwierdzi zasadność, zakupu C-Eye,   
 poprzez:

prowadzenie rehabilitacji neurologicznej w przypadku różnego rodzaju zaburzeń   
 neurologicznych, w tym po ciężkich uszkodzeniach mózgu,

konieczność użycia alternatywnej komunikacji audiowizualnej za pomocą technologii   
 śledzenia wzroku użytkownika;

osoby z niepełnosprawnością w wieku do 16 roku życia, z symbolem przyczyny   
 niepełnosprawności 12-C, którym zakup sprzętu elektronicznego z oprogramowaniem lub   
 oprogramowania umożliwi bądź w znacznym stopniu ułatwi kontakt z otoczeniem.

……………………………………………………

*pieczęć i podpis specjalisty*