

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

– *lekarza specjalisty o specjalizacji związanej z rodzajem niepełnosprawności* wydane do wniosku o
dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. **Rodzaj schorzeń i opis zakresu dysfunkcji narządu ruchu** – potwierdzające,
iż następstwem schorzeń stanowiących podstawę orzeczenia dot. niepełnosprawności
Pacjenta jest dysfunkcja narządu ruchu (należy wypełnić w przypadku, gdy dysfunkcja
narządu ruchu nie jest przyczyną wydania orzeczenia o niepełnosprawności)

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

Miejscowość:, dnia

.....
pieczęćka, nr_ i podpis lekarza