

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

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis):
.....
.....
4. Stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**):

☐	dysfunkcja narządu ruchu	pieczętka, nr i podpis lekarza
dysfunkcja narządu ruchu jest następstwem ujętych w orzeczeniu schorzeń:		pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	o charakterze neurologicznym	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	całościowych zaburzeń rozwojowych	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	innych schorzeń, jakich?	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Brak dysfunkcji narządu ruchu	pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza