*Załącznik do formularza wniosku –* ***Moduł I Obszar A Zadanie nr 1 i 2***

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

**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej.............................., dnia ………..

lub praktyki lekarskiej

# ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”

 - ***prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim***

1. Imię i nazwisko Pacjenta .................................................................................................................................
2. PESEL
3. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis): …………………………………………………………………………………………………………………………….

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

1. Stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy(***proszę zakreślić  właściwe pole*** ***oraz potwierdzić podpisem i pieczątką****):*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | dysfunkcja narządu ruchu  | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
| dysfunkcja narządu ruchu jest następstwem ujętych w orzeczeniu schorzeń:  | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | o charakterze neurologicznym  | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | całościowych zaburzeń rozwojowych | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | innych schorzeń, jakich? ………………………………………………………………………………………………………………………………………… | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Brak dysfunkcji narządu ruchu  | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |

........................................, dnia .............. ...............................................

 (miejscowość) (data) pieczątka, nr i podpis lekarza