.....
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)

   …….....

   .....

   .....

   .....

   .....

   .....

   .....

   .....

   .....

   .....

   .....

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