

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

– lekarza specjalisty o specjalizacji związanej z rodzajem niepełnosprawności

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach 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)

.....
(pieczętka, nr i podpis lekarza)