

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

PESEL

2. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta(opis):

.....

.....

.....

3. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania** stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**):

<input type="checkbox"/>	dysfunkcja narządu ruchu	pieczętą, nr i podpis lekarza
dysfunkcja narządu ruchu jest następstwem ujętych w orzeczeniu schorzeń:		
<input type="checkbox"/>	o charakterze neurologicznym	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	całościowych zaburzeń rozwojowych	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	innych schorzeń, jakich:	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	dysfunkcja obu nóg	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	brak dysfunkcji narządu ruchu	pieczętą, nr i podpis lekarza

....., dn.....
(miejscowość) (data)

.....
(pieczętą, nr i podpis lekarza)