

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

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane na potrzeby 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. Zaświadcza się, że u Pacjenta występuje dysfunkcja narządu ruchu*: ☐ TAK ☐ NIE
5. Dysfunkcja narządu ruchu Pacjenta jest następstwem ujętych w orzeczeniu o stopniu niepełnosprawności schorzeń*:

☐ o charakterze neurologicznym (10-N)

☐ całościowych zaburzeń rozwojowych (12-C)

☐ innych schorzeń, jakich?
.....

☐ brak dysfunkcji narządu ruchu

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza

* zaznaczyć właściwe