

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

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

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane na potrzeby 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): .....  
.....
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