

.....
Pieczęć 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
2. PESEL
3. Adres zamieszkania
4. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu:

tak

nie

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....

pieczętka, nr_ i podpis lekarza specjalisty

Dla osób niepełnosprawnych, których orzeczenie na poziomie stopnia znacznego lub umiarkowanego jest wydane z innego powodu niż dysfunkcja narządu ruchu