

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. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania** stwierdza się, że następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu (**proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką**):

TAK NIE

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....
(pieczętka, nr i podpis lekarz)