

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)

Dla osób niepełnosprawnych, których orzeczenie jest wydane z innego powodu niż
dysfunkcja narządu ruchu