

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

## 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 wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności jest dysfunkcja narządu ruchu

TAK  NIE

3. W przypadku odpowiedzi TAK proszę opisać zakres dysfunkcji ruchu pacjenta:

.....  
.....  
.....

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

(miejscowość)

(data)

.....  
pieczętka, nr i podpis lekarza