

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

....., **dnia**.....

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” (A2)
- **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 niepełnosprawności, jest dysfunkcja narządu ruchu

TAK ☐ NIE ☐

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

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

....., dnia

(**miejsowość**)

(**data**)

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza