

.....  
**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 .....
2. PESEL .....
3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że  
(*proszę zaznaczyć właściwe pole x*):

Następstwem schorzeń Pacjenta, stanowiących podstawę wydania orzeczenia o niepełnosprawności (np. symbol orzeczenia 10-N, 12-C) jest dysfunkcja narządu ruchu	<input type="checkbox"/> TAK
	<input type="checkbox"/> NIE

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

(miejsowość)

(data)

.....

pieczętka, nr\_ i podpis lekarza specjalisty