

.....
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