

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach 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	☐ TAK
	☐ NIE

....., dnia

(miejscowość) (data)

(pieczęć, nr i podpis lekarza specjalisty)