

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

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” (A1/A2)
- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

1. Imię i nazwisko Pacjenta

.....

PESEL

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy **dysfunkcji narządu ruchu (05-R)** będącej następstwem schorzeń (np. o charakterze neurologicznym: 10-N lub całościowych zaburzeń rozwojowych: 12-C) stanowiących podstawę wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności tj. (wpisać na czym polega dysfunkcja narządu ruchu).

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

....., dn.

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza