

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
– lekarza specjalisty o specjalizacji związanej z rodzajem niepełnosprawności

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. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis):

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

4. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej** stwierdza się, że u Pacjenta:

(dotyczy osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu ruchu, która **nie jest** przyczyną wydania orzeczenia dot. niepełnosprawności, ale jest konsekwencją ujętych w orzeczeniu schorzeń)

Następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia o stopniu niepełnosprawności jest dysfunkcja narządu ruchu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	pieczętka, nr i podpis lekarza
---	--	--------------------------------

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....
(pieczętka, nr i podpis lekarza)