

.....

(stempel zakładu opieki zdrowotnej lub
praktyki lekarskiej)

....., dnia

(miejscowość)

(data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza o specjalizacji związanej z rodzajem niepełnosprawności
do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

3. Pacjent posiada dysfunkcję narządu ruchu:

☐ tak

☐ nie

4. Występująca u Pacjenta dysfunkcja narządu ruchu jest konsekwencją schorzeń o charakterze:

☐ neurologicznym (10-N)

☐ całościowych zaburzeń rozwojowych (12-C)

☐ innych (jakich):

.....
I stanowi podstawę wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

☐ tak

☐ nie

5. Stwierdza się, że niepełnosprawność ruchowa Pacjenta dotyczy:

☐ kończyny dolnej

☐ kończyny górnej

☐ kończyn dolnych

☐ kończyn górnych

☐ inne (jakie):

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

(pieczętka, nr i podpis lekarza)