

.....
(stempel zakładu opieki zdrowotnej lub
praktyki lekarskiej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza o specjalizacji związanej z rodzajem niepełnosprawności
do wniosku o dofinansowanie w ramach 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)