

.....

(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. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że następstwem schorzeń, stanowiących podstawę posiadanego orzeczenia dotyczącego niepełnosprawności jest dysfunkcja 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):

.....

5. Stwierdza się, że niepełnosprawność ruchowa Pacjenta dotyczy:

jednej kończyny dolnej

jednej kończyny górnej

obu kończyn dolnych

obu kończyn górnych

inne (jakie):

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

(pieczętka, nr i podpis lekarza)