

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia.....

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju 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. Zakres dysfunkcji jest następstwem schorzeń o charakterze:

☐ 10-N (neurologicznym)

☐ 12-C (całościowych zaburzeń rozwojowych)

☐ innych(jakich)

.....
.....

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....
pieczętka, nr_ i podpis lekarza specjalisty

Pouczenie: zaświadczenie nie może być wystawione wcześniej niż na 120 dni przed dniem złożenia wniosku