

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

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu:

tak nie

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....
pieczętka, nr. i podpis lekarza

Dla osób niepełnosprawnych, których orzeczenie jest wydane z innego powodu niż dysfunkcja narządu ruchu