

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

dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji związanej z rodzajem niepełnosprawności
do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
(dot. przypadku osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu ruchu, która nie jest przyczyną wydania
orzeczenia)

- prosimy wypełnić czytelnie i w języku polskim

1) Imię i nazwisko pacjenta

2) PESEL

3) Zakres dysfunkcji pacjenta wynikających z orzeczenia (opisać)

.....
.....
.....
.....

4) Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdzam, że następstwem schorzeń
stanowiących podstawę wydania orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu:

tak nie

5) Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta:

.....
.....
.....
.....

6) Czy rodzaj schorzenia (niepełnosprawności) ma charakter stały?

tak nie

....., dnia
miejsowość pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty