

*Załącznik do formularza wniosku w ramach programu „Aktywny samorząd” –
Moduł I Obszar A Zadanie nr 2*

.....

(stempel zakładu opieki zdrowotnej lub
praktyki lekarskiej)

....., dnia

(miejscowość)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**wydane przez lekarza o specjalizacji związanej z rodzajem niepełnosprawności
do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”**

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)

i stanowi podstawę wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

tak

nie

....., dnia

(miejscowość)

.....

(pieczętka, nr i podpis lekarza)