

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

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

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. Zakres dysfunkcji narządu ruchu/słuchu pacjenta (opis):

.....
.....

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):

<input type="checkbox"/>	dysfunkcja narządu ruchu	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
dysfunkcja narządu ruchu jest następstwem ujętych w orzeczeniu schorzeń:		
<input type="checkbox"/>	o charakterze neurologicznym	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	całościowych zaburzeń rozwojowych	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	innych schorzeń, jakich?	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	brak dysfunkcji narządu ruchu	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	dysfunkcja narządu słuchu	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	ubytek słuchu powyżej 70 decybeli (db)	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty