

.....

....., 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