

....., dnia
Pieczątką zakładu opieki zdrowotnej (miejsowość) (data)
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 Pacjenta (opis):
.....
.....

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

| | | |
|--|---|--|
| <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 (symbol orzeczenia: 10-N) | pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty |
| <input type="checkbox"/> | całościowych zaburzeń rozwojowych (symbol orzeczenia: 12-C) | 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 |

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