



.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

..... dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

*(dotyczy osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu ruchu, która nie jest przyczyną wydania
orzeczenia dot. niepełnosprawności, ale jest konsekwencją ujętych w orzeczeniu schorzeń
(np. o charakterze neurologicznym lub całościowych zaburzeń rozwojowych)*

Niniejszym zaświadczam, że u Pacjenta,
(imię i nazwisko)

nr PESEL posiadającego orzeczenie o niepełnosprawności
z symbolem, następstwem schorzeń, stanowiących podstawę wydania orzeczenia
dotyczącego niepełnosprawności jest dysfunkcja narządu ruchu:

TAK

NIE

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....

pieczęć, nr i podpis lekarza