

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

....., **dnia**

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. Adres zamieszkania
4. Rozpoznanie
.....
.....
.....
.....
5. Niepełnosprawność dotyczy narządu ruchu:
 tak
 nie
6. Występująca u Pacjenta dysfunkcja narządu ruchu jest konsekwencją schorzeń o charakterze:
 neurologicznym (10-N)
 całościowych zaburzeń rozwojowych (12-C)
 innych (jakich?)
7. Niepełnosprawność ruchowa Pacjenta dotyczy:
 kończyny górnej
 kończyny dolnej
 kończyn górnych
 kończyn dolnych

....., dnia

(**miejsowość**)

(**data**)

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