

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” (A2)

- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta.....

PESEL

2. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania**
stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy dysfunkcji
narządu ruchu będącej następstwem schorzeń stanowiących podstawę
wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności tj. (wpisać na czym
polega dysfunkcja narządu ruchu)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty