

samorząd” **Moduł I Obszar A Zadanie 2**

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wystawione przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatne do rodzaju niepełnosprawności
wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”

- ***prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim***

1. Imię i nazwisko Pacjenta.....

2. PESEL

3. Czy dysfunkcja narządu ruchu Pacjenta jest następstwem schorzeń, stanowiących
podstawę wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia o
niepełnosprawności? (opisać):

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

.....,
(miejscowość, data)

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