

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

....., dnia

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
WYDANE PRZEZ LEKARZA SPECJALISTĘ**

(dotyczy osób z dysfunkcją narządu ruchu)
wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”
- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

1. Imię i nazwisko Pacjenta.....

2. PESEL

3. Zakres dysfunkcji narządu ruchu Pacjenta (opis):.....

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

4. Nastęstwem schorzeń stanowiących podstawę orzeczenia o stopniu niepełnosprawności jest dysfunkcja narządu ruchu :

tak nie

.....dnia

.....

(miejscowość)

pieczętka, nr i podpis lekarza

