

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

Czy pacjent **posiada dysfunkcję narządu ruchu, która jest następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia o niepełnosprawności?**

TAK NIE

Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta

(opis):

.....

.....

Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie:

.....

.....

.....

.....
(miejsowość)

.....
(data)

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