



Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....

(miejsowość i data)

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. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis) :.....
.....

4. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej, stwierdza się , że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy **(proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):**

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętka, numer i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczętka, numer i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczętka, numer i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczętka, numer i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Brak obu kończyn górnych, Na wysokości/ od:	pieczętka, numer i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia.....	pieczętka, numer i podpis lekarza

Zaświadcza się, że następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu.

.....

(miejsowość i data)

.....

(pieczętka, numer i podpis lekarza)