

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- **proszę wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. PESEL
3. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie:
4. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się (**proszę zakreślić właściwe pole** ☐
oraz potwierdzić podpisem i pieczętą), że:

1.	Dysfunkcja narządu ruchu jest następstwem schorzeń stanowiących podstawę wydania orzeczenia o niepełnosprawności o symbolu	pieczętka, nr i podpis lekarza
	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
2.	Opis dysfunkcji narządu ruchu (opis zakresu dysfunkcji ruchu pacjenta):	

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
pieczętka i podpis lekarza specjalisty o specjalizacji
adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności