

.....

**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

....., dnia.....

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

wydane do wniosku przez **lekarza specjalistę** 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. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie:

.....

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

<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja narządu ruchu	pieczętąka, nr i podpis <b>lekarza specjalisty</b>
Dysfunkcja narządu ruchu jest następstwem:		
<input type="checkbox"/>	Schorzeń o charakterze neurologicznym	pieczętąka, nr i podpis <b>lekarza specjalisty</b>
<input type="checkbox"/>	Całościowych zaburzeń rozwojowych	pieczętąka, nr i podpis <b>lekarza specjalisty</b>
<input type="checkbox"/>	Innych schorzeń, jakich?:..... .....	pieczętąka, nr i podpis <b>lekarza specjalisty</b>
<input type="checkbox"/>	Brak dysfunkcji narządu ruch	pieczętąka, nr i podpis <b>lekarza specjalisty</b>

.....

pieczętąka, nr i podpis **lekarza specjalisty**