

.....  
Pieczęć 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. Data i miejsce urodzenia .....
3. Adres zamieszkania .....
4. Numer PESEL .....
5. Czy dysfunkcja narządu ruchu Pacjenta jest następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia o niepełnosprawności?  
(opisać):

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

.....  
(miejsowość i data)

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