.....

***Pieczęć** 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

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):

……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..
……...
……...
……...
……...

……..... ……

(miejscowość i data)

(pieczątka, nr i podpis lekarza)