

.....
*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)

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