

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., **dnia**

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. PESEL

3. Dysfunkcja narządu ruchu jest następstwem schorzeń stanowiących podstawę orzeczenia
(w przypadku osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu ruchu, która nie jest przyczyną
wydania orzeczenia dot. niepełnosprawności, ale jest konsekwencją ujętych w orzeczeniu
schorzeń). tak nie

....., dnia

(**miejsowość**)

(**data**)

.....
pieczętka, nr_i podpis lekarza