

.....  
**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