

.....
Stempel 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. PESEL

3. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej** stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy
(*proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką*):

| | | |
|--------------------------|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Dysfunkcja kończyny górnej prawej | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Dysfunkcja kończyny górnej lewej | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Dysfunkcja kończyny dolnej prawej | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Dysfunkcja kończyny dolnej lewej | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Inne dysfunkcje: | pieczętka, nr i podpis lekarza |

4. Następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia o niepełnosprawności (wpisać symbol np.10-N lub 12-C)*
..... jest dysfunkcja narządu ruchu (wpisać słownie tak lub nie)
.....

5. Czy schorzenie/niepełnosprawność ma charakter stały/czasowy (proszę uzupełnić słownie):

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza

Zaświadczenie musi zostać wydane przez lekarza specjalistę!

* 10-N – schorzenia neurologiczne

12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe