

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZASWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Tucholi
dot. wniosku w ramach programu „Aktywny samorząd”

Imię i nazwisko Wnioskodawcy/Podopiecznego

Data urodzenia

PESEL.....

Adres

Przedmiot wniosku:

- Pomoc w zakupie oprzyrządowania do posiadanie samochodu
- Uzyskanie prawo jazdy kat. B

Rozpoznanie i opis choroby zasadniczej

.....

.....

.....

.....

Następstwem schorzeń będących podstawą wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności
jest dysfunkcja narządu ruchu*

tak

nie

Data

Podpis i pieczętka lekarza specjalisty

.....

.....

* Zgodnie z dokumentem „Kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd”