

.....

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....

Miejscowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”

- ***prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim***

1. Imię i nazwisko Pacjenta.....

2. PESEL.....

3. Zaświadczam, że następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia
o niepełnosprawności jest dysfunkcja narządu ruchu (*prosimy zaznaczyć odpowiednie pole*):

Tak

Nie

.....

pieczętka, podpis lekarza specjalisty