

.....  
Pieczętka podmiotu leczniczego  
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. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że w/w Pacjent w wyniku schorzeń stanowiących podstawę wydania orzeczenia o niepełnosprawności posiada znaczną dysfunkcję narządu ruchu w zakresie:

<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja kończyn górnych	Opis dysfunkcji:
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja kończyn dolnych	Opis dysfunkcji:
<input type="checkbox"/>	Inne:	Opis dysfunkcji:

....., dnia .....

(miejscowość)

(data)

.....  
pieczętka, nr\_ i podpis lekarza specjalisty

**\* Zaświadczenie wystawia lekarz specjalista (neurolog, ortopeda, ortopeda-traumatolog, lekarz rehabilitacji medycznej)**