

....., dnia

Pieczątką 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

dysfunkcji narządu ruchu : tak ☐ nie ☐

4. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis):

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza