

....., dnia

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):

.....

(data)

pieczętka, nr i podpis lekarza