

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności,
wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku

- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim, właściwie zaznaczyć znakiem „x”

1. Imię i nazwisko Pacjenta

.....

2. PESEL.....

3. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis):

.....

.....

4. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne
potrzeby w tym zakresie:

.....

.....

5. Stwierdzam, iż następstwem schorzeń, stanowiących podstawę wydania posiadanego orzeczenia pacjenta, jest dysfunkcja narządu ruchu:

O charakterze neurologicznym (symbol orzeczenia 10-N)	<input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie
Całościowym zaburzeniu rozwojowym (symbol orzeczenia 12-C)	<input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie
Inne.....	<input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie

....., dnia

Miejscowość

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty