

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

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

/dotyczy osób, u których schorzenie narządu ruchu nie jest podstawą wydania orzeczenia o stopniu
niepełnosprawności/orzeczenia o niepełnosprawności/

- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Symbol przyczyny niepełnosprawności (z orzeczenia)

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że schorzenie narządu
ruchu u w/w Pacjenta jest konsekwencją schorzeń ujętych w orzeczeniu o stopniu
niepełnosprawności/niepełnosprawności.

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....

pieczętka, nr_i podpis lekarza specjalisty