

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

....., dnia,
(miejscowość) (data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach 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:

1) 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/niepełnosprawności¹

tak / nie ²

2) ze względu na ograniczenia wynikające z niepełnosprawności wymaga montażu specjalistycznego oprzyrządowania do posiadanego samochodu:

.....
.....
.....

.....

pieczętka, nr_ i podpis lekarza

¹ **dysfunkcja narządu ruchu** – należy przez to rozumieć dysfunkcję stanowiącą podstawę wydania orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (także orzeczenia o niepełnosprawności), w przypadku osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu ruchu, która nie jest przyczyną wydania orzeczenia dot. niepełnosprawności, ale jest konsekwencją ujętych w orzeczeniu schorzeń (np. o charakterze neurologicznym - symbol orzeczenia: 10-N lub całościowych zaburzeń rozwojowych - symbol orzeczenia: 12-C)

² zaznaczyć właściwe