

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

1. Imię i nazwisko
2. PESEL
3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że następstwem schorzeń, stanowiących podstawę posiadanego orzeczenia dotyczącego niepełnosprawności jest dysfunkcja narządu ruchu:
 tak
 nie
4. Występująca u Pacjenta dysfunkcja narządu ruchu jest konsekwencją schorzeń o charakterze:
 neurologicznym (10-N)
 całościowych zaburzeń rozwojowych (12-C)
 innych (jakich):.....
.....
5. Niepełnosprawność ruchowa dotyczy:
 jednej kończyny dolnej
 jednej kończyny górnej
 obu kończyn dolnych
 obu kończyn górnych
 inne (jakie):
6. Czy istnieje potrzeba korzystania z odpowiedniego oprzyrządowania w samochodzie.
 tak
 nie

....., dnia

(miejsowość)

.....

pieczętka i podpis lekarza