



....., dnia
(stempel zakładu opieki zdrowotnej (miejsowość) (data)
lub praktyki lekarskiej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza o specjalizacji związanej z rodzajem niepełnosprawności
do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta
Adres zamieszkania:

2. PESEL

3. Pacjent posiada dysfunkcję 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?)

.....
i stanowi podstawę wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub równoważnego)

tak nie

5. Stwierdza się, że niepełnosprawność ruchowa Pacjenta dotyczy:

kończyny dolnej

prawej lewej

kończyny górnej

prawej lewej

obu kończyn dolnych

obu kończyn górnych

inne (jakie?)

....., dnia
(miejsowość) (data) (pieczętka, nr i podpis lekarza)