

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej/praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(ważne 120 dni od daty wystawienia)

lekarza specjalisty o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności
wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Zaświadczenie dotyczy osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu ruchu, która nie jest przyczyną wydania
orzeczenia o niepełnosprawności ale jest konsekwencją ujętych w orzeczeniu schorzeń
(np. o charakterze neurologicznym lub całościowych zaburzeń rozwojowych).

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. Nr PESEL

Niniejszym zaświadczam, że u ww. Pacjenta posiadającego orzeczenie o niepełnosprawności z symbolem
....., następstwem schorzeń stanowiących podstawę wydania orzeczenia dotyczącego
niepełnosprawności jest dysfunkcja narządu ruchu:

☐ TAK

☐ NIE

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

pieczętka, nr_ i podpis lekarza