

.....

(stempel zakładu opieki zdrowotnej lub  
praktyki lekarskiej)

....., dnia .....

(miejsowość)

(data)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. PESEL

3. Pacjent posiada dysfunkcję narządu ruchu:

- tak
- nie

4. Następstwem schorzeń **stanowiących podstawę orzeczenia** jest dysfunkcja narządu ruchu:

- tak
- nie

5. Występująca u Pacjenta dysfunkcja narządu ruchu **jest konsekwencją ujętych w orzeczeniu** schorzeń o charakterze:

- neurologicznym (10-N)
- całościowych zaburzeń rozwojowych (12-C)
- innych (jakich): .....

6. Stwierdza się, że niepełnosprawność ruchowa Pacjenta dotyczy:

- kończyny dolnej
- kończyny górnej
- kończyn dolnych
- kończyn górnych
- inne (jakie): .....

.....

.....

....., dnia .....

(miejsowość)

(data)

.....

(pieczętka, nr i podpis lekarza)