

.....
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. Rozpoznanie

.....

4. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

a) następstwem schorzeń stanowiących podstawę orzeczenia o stopniu
niepełnosprawności jest dysfunkcja narządu ruchu ☐ tak ☐ nie

....., dnia

miejscowość

data

.....

pieczętka, nr_ i podpis lekarza