

*Załącznik do formularza wniosku w ramach programu „Aktywny Samorząd” –
Moduł I Obszar A Zadanie nr 2*

.....

(stempel zakładu opieki zdrowotnej lub
praktyki lekarskiej)

....., dnia

(miejscowość)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**wydane przez lekarza o specjalizacji związanej z rodzajem niepełnosprawności
do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny Samorząd”**

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Pacjent posiada dysfunkcję narządu ruchu:

- ☐ tak
- ☐ nie

4. Występująca u Pacjenta dysfunkcja narządu ruchu jest konsekwencją schorzeń charakterze:

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

.....
.....
.....

I stanowi podstawę wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

- ☐ tak
- ☐ nie

5. Stwierdza się, że niepełnosprawność ruchowa Pacjenta dotyczy:

- ☐ kończyny dolnej
- ☐ kończyny górnej
- ☐ kończyn dolnych
- ☐ kończyn górnych

○ inne (jakie):

.....

.....

....., dnia

.....

(miejscowość)

(pieczęć, nr i podpis lekarza)