

.....
(stempel zakładu opieki zdrowotnej lub
praktyki lekarskiej)

....., dnia
(miejscowość) (data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE (dysfunkcja narządu ruchu)
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

I Imię i nazwisko pacjenta

II PESEL

III Pacjent posiada dysfunkcję narządu ruchu:

tak nie

IV Występująca u pacjenta dysfunkcja narządu ruchu jest konsekwencją schorzeń o charakterze:

neurologicznym

całościowych zaburzeń rozwojowych

innych (jakich?):

i stanowi podstawę wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

tak nie

V Stwierdza się, że niepełnosprawność ruchowa pacjenta dotyczy:

kończyny dolnej

kończyny górnej

kończyn dolnych

kończyn górnych

inne (jakie?)

....., data
(miejscowość)

.....
(pieczętka, nr i podpis lekarza)