

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

Czy pacjent posiada dysfunkcję narządu ruchu, która jest następstwem schorzeń,
stanowiących podstawę orzeczenia o niepełnosprawności?

☐ TAK ☐ NIE

Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta

(opis):

.....

.....

**Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz
ewentualne potrzeby w tym zakresie:**

.....

.....

.....

.....
(miejscowość)

.....
(data)

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