

.....
*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

1. Imię i nazwisko Pacjenta

.....

2. PESEL

3. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeb
w tym zakresie:

.....

.....

4. Zaświadcza się, że następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia o niepełnosprawności
jest dysfunkcja narządu ruchu (wpisać słownie **tak** lub **nie**)

5. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej** stwierdza się, że dysfunkcja narządu ruchu
Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):

<input type="checkbox"/>	Dysfunkcji kończyny górnej prawej/lewej	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcji kończyny dolnej prawej/lewej	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne dysfunkcje:	pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza

Zaświadczenie musi zostać wydane przez lekarza specjalistę!

wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku