

.....

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. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej/przeprowadzonego badania** stwierdzam,
iż następstwem schorzeń, stanowiących przyczynę wydania orzeczenia o niepełnosprawności jest
dysfunkcja narządu ruchu.

....., dnia

(**miejsowość**)

(**data**)

.....

pieczętka, nr. i podpis lekarza