

--

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

obszar A zadanie 1

obszar A zadanie 2

*Zaświadczenie wypełnia lekarz specjalista. Prosimy o czytelne wypełnienie, wyłącznie w języku polskim.***1. Dane pacjenta**

Imię i nazwisko		PESEL	
-----------------	--	-------	--

2. Opis dysfunkcji narządu ruchu (na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej)

Opis zakresu dysfunkcji narządu ruchu pacjenta

Niepełnosprawność pacjenta dotyczy	Tak/Nie	Data	Pieczętka, numer i podpis lekarza
Następstwem schorzeń stanowiących podstawę orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu			