

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

....., **dnia** .....

## 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. Zaświadczam, iż Pacjent cierpi z powodu dysfunkcji narządu ruchu, które są konsekwencją następujących schorzeń o charakterze neurologicznym lub całościowych zaburzeń rozwojowych  
.....  
( proszę podać nazwę schorzenia)
4. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis): .....
5. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętką**):

<input type="checkbox"/>	dysfunkcja 4 kończyn	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	brak obu kończyn górnych	
<input type="checkbox"/>	jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	
<input type="checkbox"/>	jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	
<input type="checkbox"/>	znaczny niedowład obu kończyn górnych	
<input type="checkbox"/>	dysfunkcja obu kończyn dolnych	
<input type="checkbox"/>	osoba porusza się na wózku inwalidzkim	

....., dnia .....

(**miejscość**)

(**data**)

.....  
pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty