

Załącznik do wniosku w ramach
pilotażowego programu
„Aktywny samorząd” Moduł I,
obszar: A3,A4, B1, B2, B3, B4,
B5,C2, C5,D

.....
(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

Adres

PESEL

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że pacjent:

☐ porusza się za pomocą wózka inwalidzkiego,

☐ nie porusza się za pomocą wózka inwalidzkiego.

.....
(miejscowość i data)

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