……

Stempel zakładu opieki zdrowotnej..... **, dnia**
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 stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (***proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczątką***):

☐ **Dysfunkcja narządu ruchu jest następstwem schorzeń stanowiących podstawę wydania orzeczenia(*) i polega na:**

……..

……..

……..

……..

……..

……..

(*) w przypadku osób niepełnosprawnych ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności; a w przypadku osób niepełnosprawnych do 16 roku życia- orzeczenia o niepełnosprawności; z dysfunkcją narządu ruchu, która nie jest przyczyną wydania orzeczenia dot. niepełnosprawności, ale jest konsekwencją ujętych w orzeczeniu schorzeń (np. o charakterze neurologicznym- symbol orzeczenia: 10N lub całościowych zaburzeń rozwojowych- symbol orzeczenia : 12 C).

....., dnia ....

(**miejscowość**) (**data**) pieczątka, nr i podpis lekarza