

.....  
Pieczęć placówki ochrony zdrowia  
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. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu:

tak       nie

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

(miejscowość )

(data)

.....

podpis opatrzony pieczęcią z nr PWZ

**Dla osób niepełnosprawnych, których orzeczenie jest wydane z innego powodu niż dysfunkcja narządu ruchu**