

.....
Pieczęć placówki ochrony zdrowia
lub praktyki lekarskiej

....., **dnia**

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach 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