

.....  
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

(ważne 120 dni od daty wystawienia)

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
**- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

Imię i nazwisko .....

PESEL

Adres zamieszkania .....

Rozpoznanie choroby zasadniczej .....

.....

.....

Choroby współistniejące .....

.....

.....

Pacjent posiada dysfunkcję narządu ruchu:

- tak
- nie

Występująca u Pacjenta dysfunkcja narządu ruchu jest konsekwencją schorzeń o charakterze:

- neurologicznym (10-N)
- całościowych zaburzeń rozwojowych (12-C)
- innych (jakich): .....
- .....
- .....

Stwierdza się, że niepełnosprawność ruchowa Pacjenta dotyczy:

- jednej kończyny dolnej
- obu kończyn dolnych
- jednej kończyny górnej
- obu kończyn górnych
- inne (jakie): .....

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

Miejscowość

.....  
pieczętka, nr i podpis lekarza