

.....  
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

.....  
pieczęćka, nr i podpis lekarza