

.....

Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

.....r.  
miejsowość, data

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” (zadanie A1 i A2)  
**- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. PESEL

3. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis): .....

.....  
.....

4. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne  
potrzeby w tym zakresie:

.....  
.....  
.....

5. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej** stwierdza się, że dysfunkcja  
narządu ruchu Pacjenta jest konsekwencją / następstwem schorzeń stanowiących podstawę  
wydania orzeczenia – ujętych w orzeczeniu o niepełnosprawności:

z dnia ..... znak .....

.....

( *pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty* )