

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu
„Aktywny samorząd” (A1)**

*(dotyczy Wnioskodawców, u których dysfunkcja narządu ruchu nie jest przyczyną
wydania orzeczenia dot. niepełnosprawności)*

- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta

.....

PESEL

2. **Dysfunkcja narządu ruchu, nie będąca przyczyną wydania orzeczenia
o niepełnosprawności, jest następstwem ujętych w orzeczeniu schorzeń:**

TAK NIE

.....

Pieczątka i podpis
lekarza specjalisty