.....

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

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

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....
2. Data i miejsce urodzenia .....
3. Adres zamieszkania .....
4. Numer PESEL .....
5. Czy dysfunkcja narządu ruchu Pacjenta jest następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia o niepełnosprawności? (opisać):

……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..
……...
……...
……...
……...

……..... ……

(miejscowość i data) *(pieczątka, nr i podpis lekarza)*