

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

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. Adres Pacjenta.....
3. PESEL

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że następstwem schorzeń stanowiących podstawę orzeczenia o niepełnosprawności jest dysfunkcja narządu ruchu.

tak

nie

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

pieczętka, nr_ i podpis lekarza specjalisty