

....., dnia
stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza o specjalizacji związanej z rodzajem niepełnosprawności
do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię

2. Nazwisko

3. Pesel

4. Pacjent posiada dysfunkcję narządu ruchu: ☐ TAK ☐ NIE

5. Występująca u Pacjenta dysfunkcja narządu ruchu jest następstwem/konsekwencją schorzeń stanowiących podstawę orzeczenia
o charakterze neurologicznym **10-N** lub całościowych zaburzeń rozwojowych **12-C*** ☐ TAK ☐ NIE

6. Stwierdza się, że niepełnosprawność ruchowa Pacjenta dotyczy:

☐ kończyny dolnej

☐ kończyny górnej

☐ kończyn dolnych

☐ kończyn górnych

☐ inne (jakie):
.....

....., dnia
(miejscowość) (data) (pieczętka, nr i podpis lekarza)

* Wypełnić w przypadku osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu ruchu, która **nie jest przyczyną** wydania orzeczenia, ale jest konsekwencją ujętych w orzeczeniu schorzeń o charakterze 10-N lub 12-C.