

.....  
(stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej)

....., dnia .....  
(miejscowość) (data)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. PESEL

3. Pacjent posiada dysfunkcję narządu ruchu:

- tak
- nie

4. Występująca u Pacjenta dysfunkcja narządu ruchu jest konsekwencją schorzeń o charakterze:

- neurologicznym (10-N)
- całościowych zaburzeń rozwojowych (12-C)
- innych (jakich): .....

I stanowi podstawę wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

- tak
- nie

5. 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