

.....  
**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....
2. PESEL
3. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis): .....  
.....  
.....
4. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**):

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętka, <b>nr</b> i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczętka, <b>nr</b> i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczętka, <b>nr</b> i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczętka, <b>nr</b> i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od:.....	pieczętka, <b>nr</b> i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:..... .....	pieczętka, <b>nr</b> i podpis lekarza

<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia:..... ..... .....	pieczęć, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia <u>jest</u> dysfunkcja narządu ruchu	pieczęć, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia <u>nie jest</u> dysfunkcja narządu ruchu	pieczęć, nr i podpis lekarza

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

(**miejsowość**)

(**data**)

.....

**pieczęć, nr i podpis lekarza specjalisty**