

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

....., **dnia**.....

## ZAŚWIADCZENIE LEKARZA SPECJALISTY

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” (A2)  
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

W czasie wizyty / badania osoba niepełnosprawna / opiekun osoby niepełnosprawnej zobowiązana jest przedłożyć aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności.

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że:

- **dysfunkcja narządu ruchu u Pacjenta jest konsekwencją ujętych w orzeczeniu schorzeń,**

TAK \*

NIE \*

- dysfunkcja narządu ruchu pacjenta polega na :

.....  
.....

\*zaznaczyć właściwe

.....  
(pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty)