

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

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA SPECJALISTY

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” (A1)

- **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)