

Załącznik nr 1 do formularza wniosku w ramach programu „Aktywny samorząd”

Moduł I Obszar A Zadanie nr 1 i 2

.....

....., dnia

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

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. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

następstwem schorzeń, stanowiących podstawę wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności jest dysfunkcja narządu ruchu

TAK NIE

4. W przypadku odpowiedzi TAK proszę opisać zakres dysfunkcji ruchu pacjenta:

.....
.....
.....

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
pieczęć, nr i podpis lekarza specjalisty