

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

....., dnia r.

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE LEKARZA SPECJALISTY

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 lub badania stwierdza się, że dysfunkcja narządu ruchu u Pacjenta nie jest przyczyną wydania orzeczenia dot. niepełnosprawności, ale jest konsekwencją użytych w orzeczeniu schorzeń (proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą):

| | | |
|--------------------------|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | o charakterze neurologicznym – symbol orzeczenia: 10-N | (pieczętąka, nr i podpis lekarza) |
| <input type="checkbox"/> | całościowych zaburzeń rozwojowych – symbol orzeczenia: 12-C | |

Potwierdza się, iż następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu.

.....
(pieczętąka, nr i podpis lekarza)