

.....  
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 ujętych w orzeczeniu schorzeń (proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):

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

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

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