

.....
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

w związku z ubieganiem się osoby niepełnosprawnej o dofinansowanie w ramach programu pilotażowego „Aktywny samorząd” (ważne 60 dni od daty wypełnienia)

(wypełnić czytelnie w języku polskim)

1. Imię i nazwisko

2. PESEL

3. Adres (miejsce pobytu)

4. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność pacjenta dotyczy (zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):

<input type="checkbox"/>	występuje dysfunkcja narządu ruchu	pieczętka, nr i podpis lekarza
dysfunkcja narządu ruchu jest następstwem:		
<input type="checkbox"/>	schorzeń o charakterze neurologicznym	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	całościowych zaburzeń rozwojowych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	innych schorzeń (jakich?)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	brak jest dysfunkcji narządu ruchu	pieczętka, nr i podpis lekarza

.....
miejsce i data wydania zaświadczenia

.....
pieczęć imienna i podpis lekarza