

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

Moduł I obszar A zadanie nr 1

- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką**):

W orzeczeniu o stopniu niepełnosprawności lub orzeczeniu o niepełnosprawności pacjenta wskazano następujące przyczyny niepełnosprawności		
<input type="checkbox"/> -10-N <input type="checkbox"/> -12-C		
<input type="checkbox"/> - inne jakie?.....		
<input type="checkbox"/> - nie wskazano przyczyny niepełnosprawności		pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia nie jest dysfunkcja narządu ruchu	pieczętka, nr i podpis lekarza