

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

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o pomoc w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. PESEL
3. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis):
4. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że u Pacjenta występuje (**proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką**):

<input type="checkbox"/>	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 dysfunkcji narządu ruchu	pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza