

.....  
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 pieczętą**):

<input type="checkbox"/>	dysfunkcja narządu ruchu	pieczętą, nr i podpis lekarza
dysfunkcja narządu ruchu jest następstwem ujętych w orzeczeniu schorzeń:		
<input type="checkbox"/>	o charakterze neurologicznym	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	całościowych zaburzeń rozwojowych	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Innych schorzeń, jakich?:..... .....	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	brak dysfunkcji narządu ruchu	pieczętą, nr i podpis lekarza

....., dnia .....  
(miejscowość) (data)

.....  
pieczętą, nr i podpis lekarza