

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

....., dnia .....r.

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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** stwierdza się, że u Pacjenta (**proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**):

1.	<input type="checkbox"/>	występuje dysfunkcja narządu ruchu	pieczętą, nr i podpis lekarza
dysfunkcja narządu ruchu jest następstwem:			
<input type="checkbox"/>		schorzeń 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
2.	<input type="checkbox"/>	brak jest dysfunkcji narządu ruchu	pieczętą, nr i podpis lekarza

....., dnia .....

(miejsowość)

(data)

.....  
 pieczętą, nr i podpis lekarza