

Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

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

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE<sup>1</sup>**

**wydane do wniosku o dofinansowanie**

**w ramach programu „Samodzielność-Aktywność-Mobilność!” Mieszkanie dla absolwenta**

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....
2. Nr PESEL Pacjenta: \_ \_ \_ \_ \_
3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że Pacjent porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego.
4. Uwagi:.....

.....  
PIECZĄTKA, NR I PODPIS LEKARZA

---

<sup>1</sup> Zaświadczenie może być wystawione przez lekarza specjalistę w zakresie dysfunkcji narządu ruchu lub lekarza sprawującego opiekę medyczną nad Pacjentem (lekarz rodzinny, POZ).  
Zaświadczenie powinno być wypełnione czytelnie w języku polskim i wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku.  
POWIAT może zwolnić z obowiązku złożenia przedmiotowego zaświadczenia, gdy rodzaj schorzenia ma charakter stały, a fakt poruszania się przy pomocy wózka inwalidzkiego (w stopniu wskazanym w pkt 3) został potwierdzony zaświadczeniem wystawionym w terminie wcześniejszym (lub w innym dokumencie).  
Uzupełnienie pkt 4 zaświadczenia nie jest wymagane.