

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

....., dniar.

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach 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