

.....
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.	☐	występuje dysfunkcja narządu ruchu	pieczętka, nr i podpis lekarza
dysfunkcja narządu ruchu jest następstwem:			
	☐	schorzeń o charakterze neurologicznym	pieczętka, nr i podpis lekarza
	☐	całościowych zaburzeń rozwojowych	pieczętka, nr i podpis lekarza
	☐	innych schorzeń (jakich?)	pieczętka, nr i podpis lekarza
2.	☐	brak jest dysfunkcji narządu ruchu	pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia

(**miejsowość**)

(**data**)

pieczętka, **nr** i podpis lekarza