

.....  
**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 pieczętką**):

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

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

(miejscowość)

(data)

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza