

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

.....
.....**dnia**.....

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA SPECJALISTY

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” (A2)
- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

W czasie wizyty / badania osoba niepełnosprawna / opiekun osoby niepełnosprawnej zobowiązana jest przedłożyć aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności.

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że:

- dysfunkcja narządu ruchu u Pacjenta jest konsekwencją ujętych w orzeczeniu schorzeń,

☐ TAK *

☐ NIE *

- dysfunkcja narządu ruchu pacjenta polega na :

.....
.....

*zaznaczyć właściwe

.....
(pieczęć, nr i podpis lekarza specjalisty)