

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

....., **dnia**

### **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”

- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....  
PESEL .....
2. Dysfunkcja narządu ruchu jest następstwem schorzeń stanowiących podstawę orzeczenia (w przypadku osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu ruchu, która nie jest przyczyną wydania orzeczenia dot. niepełnosprawności, ale jest konsekwencją ujętych w orzeczeniu schorzeń).  tak  nie

....., dnia .....  
**(miejsowość)** **(data)**

.....  
**pieczętka, nr i podpis lekarza**