

.....

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

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

### **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

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

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. Adres Pacjenta.....

3. PESEL .....

**Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że  
następstwem schorzeń stanowiących podstawę orzeczenia o  
niepełnosprawności jest dysfunkcja narządu ruchu.**

**tak**

**nie**

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

(miejscowość)

(data)

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty