

.....  
(stempel zakładu opieki zdrowotnej lub  
praktyki lekarskiej)

....., dnia .....  
(miejscowość)

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza o specjalizacji związanej z rodzajem niepełnosprawności  
do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. PESEL .....

3. Pacjent posiada dysfunkcję narządu ruchu:

tak

nie

4. Występująca u Pacjenta dysfunkcja narządu ruchu jest konsekwencją schorzeń o charakterze:

neurologicznym (10-N)

całościowych zaburzeń rozwojowych (12-C)

innych (jakich):

.....  
.....  
.....

I stanowi podstawę wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

tak

nie

5. Stwierdza się, że niepełnosprawność ruchowa Pacjenta dotyczy:

kończyny dolnej

kończyny górnej

kończyn dolnych

kończyn górnych

inne (jakie):

.....

....., dnia .....  
(miejscowość)

.....  
(pieczętka, nr i podpis lekarza)