

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

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

Wymagane tylko w przypadku posiadania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności z symbolem 10-N lub 12 –C. W przypadku symbolu 05-R zaświadczenie nie jest wymagane.

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie:

4. Stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy: (*proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczętką*)

☐	10-N – choroby neurologiczne	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe	pieczętka, nr i podpis lekarza

W tym miejscu lekarz wskazuje, że następstwem schorzeń (10-N, 12-C,),
stanowiących podstawę orzeczenia o stopniu niepełnosprawności jest
dysfunkcja narządu ruchu.

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

Aktualny stan procesu chorobowego: ☐ stabilny

☐ niestabilny

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza