.....

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 pieczątką)*

☐	10-N – choroby neurologiczne	pieczątka, nr i podpis lekarza
☐	12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe	pieczątka, 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**) pieczątka, nr_ i podpis lekarza