STRONA 1

....,dnia…….
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Zaświadczenie lekarskie

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

1. Imię i Nazwisko Pacjenta…….

PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Adres zamieszkania ……
…….

Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis).....……..……
……..……..……..
……..……..……..
……..……..……..…
……
……..……..……..
……..……..……..
……..……..……..…
……

☐	Pacjent posiada dysfunkcję narządu ruchu, która jest następstwem schorzeń o charakterze neurologicznym (symbol : 10-N) stanowiących podstawę wydania orzeczenia	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐	Pacjent posiada dysfunkcję narządu ruchu, która jest następstwem całościowych zaburzeń rozwojowych (symbol : 12-C) stanowiących podstawę wydania orzeczenia	pieczątka, **nr** i podpis lekarza

(proszę zakreślić właściwe pola ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczątką)

…….. …….
(data) (pieczątka, nr i podpis lekarza specjalisty)