

.....  
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE <sup>1</sup>

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” (A2)

(dotyczy Wnioskodawców, u których dysfunkcja narządu ruchu, która nie jest przyczyną wydania orzeczenia dot. niepełnosprawności)

- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. PESEL

3. Czy Pacjent porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:

tak  nie

4. Dysfunkcja narządu ruchu, nie będąca przyczyną wydania orzeczenia o niepełnosprawności, jest następstwem ujętych w orzeczeniu schorzeń:

tak  nie

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

(miejsowość)

(data)

.....

pieczęć, nr. i podpis lekarza

<sup>1</sup> Zaświadczenie powinno być wystawione przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności, nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku do PCPR w Jaśle