

.....

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE ¹

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu
„Aktywny samorząd” (A1)

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

- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis):
.....
.....

4. Czy Pacjent porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego: tak nie

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

tak nie

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

pieczęć, nr_ i podpis lekarza

¹ Zaświadczenie powinno być wystawione przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności, zawierające opis rodzaju schorzenia /niepełnosprawności osoby niepełnosprawnej, nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku do PCPR w Jaśle