

.....  
**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 .....
2. PESEL
3. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie: .....
4. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej** stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):

	Dysfunkcja kończyny górnej prawej	pieczętka, nr i podpis lekarza
	Dysfunkcja kończyny górnej lewej	pieczętka, nr i podpis lekarza
	Dysfunkcja kończyny dolnej prawej	pieczętka, nr i podpis lekarza
	Dysfunkcja kończyny dolnej lewej	pieczętka, nr i podpis lekarza
	Inne dysfunkcje: .....	pieczętka, nr i podpis lekarza

5. Następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia o niepełnosprawności (wpisać symbol np.10-N lub 12-C)\* ..... jest dysfunkcja narządu ruchu (wpisać słownie tak lub nie).....
6. Czy schorzenie/niepełnosprawność ma charakter stały/czasowy (proszę uzupełnić słownie): .....

....., dnia .....  
 (miejsowość) (data) pieczętka, nr i podpis lekarza

**Zaświadczenie musi zostać wydane przez lekarza specjalistę!**

*wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku*

\* 10-N – schorzenia neurologiczne  
 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe