

Załącznik nr 2 do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” – obszar A zadanie nr 1 i nr 2

.....
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. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej** stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy
(proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):

<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja kończyny górnej prawej	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja kończyny górnej lewej	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja kończyny dolnej prawej	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja kończyny dolnej lewej	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne dysfunkcje:	pieczętka, nr i podpis lekarza

4. Następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia o niepełnosprawności/ stopnia niepełnosprawności (10-N lub 12-C)* **wpisać symbol** jest dysfunkcja narządu ruchu (wpisać słownie tak lub nie).....
5. 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 o specjalizacji adekwatnej
do rodzaju niepełnosprawności!**

wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku

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