

**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 .....  
 (miejscowość ) (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