

Moduł I Obszar A Zadanie 1

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

.....
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” prosimy
wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. Numer PESEL

3. Czy dysfunkcja narządu ruchu Pacjenta jest następstwem schorzeń, stanowiących podstawę wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia o niepełnosprawności?
(opisać):

.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć, nr i podpis lekarza)

*W przypadku pomyłki proszę o poprawienie jej poprzez przekreślenie i podpisanie się obok