

**Moduł I Obszar A Zadanie 2**

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

.....  
(miejsowość, 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):

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

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(pieczęć, nr i podpis lekarza)

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