

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia
miejsowość

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

- lekarza specjalisty o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności
wydane nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku o dofinansowanie
w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL:

3. Potwierdzam, iż następstwem schorzeń stanowiących podstawę wydania posiadanego orzeczenia dotyczącego niepełnosprawności Pacjenta jest dysfunkcja narządu ruchu:

<input type="checkbox"/> tak		<input type="checkbox"/> nie	
	<small>pieczętka, nr i podpis lekarza</small>		<small>pieczętka, nr i podpis lekarza</small>

4. Pacjent, z uwagi na stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu wymaga oprzyrządowania samochodu, w tym dostosowania do indywidualnych potrzeb związanych z rodzajem niepełnosprawności lub wyposażenia samochodu, które umożliwi użytkowanie samochodu przez osobę z niepełnosprawnością z dysfunkcją narządu ruchu lub przewożenie samochodem osoby niepełnosprawnej:

<input type="checkbox"/> tak		<input type="checkbox"/> nie	
	<small>pieczętka, nr i podpis lekarza</small>		<small>pieczętka, nr i podpis lekarza</small>

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza