

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

....., dnia .....  
miejscowość

### **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. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że następstwem schorzeń, stanowiących podstawę wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności jest dysfunkcja narządu ruchu:

**tak**

**nie**

.....  
pieczętka, nr i podpis lekarza