

.....  
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 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	
	pieczętka, nr i podpis lekarza		pieczętka, nr i podpis lekarza

.....  
pieczętka, nr i podpis lekarza