

.....  
Pieczęć 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 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	
	pieczęć, nr i podpis lekarza		pieczęć, nr i podpis lekarza

.....  
pieczęć, nr i podpis lekarza