

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się,
że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy:

	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych
	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych
	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych
	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej
	Dysfunkcja obu kończyn górnych
	Dysfunkcja obu kończyn dolnych

.....
pieczętka i podpis lekarza