

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

.....dnia.....

Zaświadczenie lekarskie

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

1. Imię i Nazwisko Pacjenta.....

PESEL

Adres zamieszkania

Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis).....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

<input type="checkbox"/>	Pacjent posiada dysfunkcję narządu ruchu, która jest następstwem schorzeń o charakterze neurologicznym (symbol : 10-N) stanowiących podstawę wydania orzeczenia	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Pacjent posiada dysfunkcję narządu ruchu, która jest następstwem całościowych zaburzeń rozwojowych (symbol : 12-C) stanowiących podstawę wydania orzeczenia	pieczętka, nr i podpis lekarza

(proszę zakreślić właściwe pola oraz potwierdzić podpisem i pieczętką)

.....
(data)

.....
(pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty)