

.....
stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji związanej z rodzajem niepełnosprawności
do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
(dot. osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu ruchu, która nie jest przyczyną wydania orzeczenia)

prosimy wypełnić czytelnie i w języku polskim

- 1) Imię i nazwisko pacjenta
- 2) PESEL
- 3) Zakres dysfunkcji pacjenta wynikających z orzeczenia (opisać)

.....

.....

.....

.....

- 4) Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdzam, że następstwem schorzeń:
....., **stanowiących**
(podać rodzaj schorzeń Wnioskodawcy np. neurologicznych, reumatycznych, całościowych zaburzeń rozwojowych)

podstawę wydania orzeczenia, jest dysfunkcja narządu ruchu: tak nie

- 5) Opinia lekarza dotycząca celowości oprzyrządowania samochodu, który osoba niepełnosprawna
użytkuje jako kierowca lub pasażer – krótkie uzasadnienie*

.....

.....

.....

.....

....., dnia
(miejscowość) (pieczętka, nr lekarza i podpis)

* nie dotyczy wnioskodawców ubiegających się o pomoc w uzyskaniu prawa jazdy