

.....  
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 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 .....

(miejsowość)

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

---

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