

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, co następuje:
(**proszę zakreślić oraz potwierdzić podpisem i pieczętką**):

<input type="checkbox"/>	następstwem schorzeń, stanowiących podstawę wydania orzeczenie o niepełnosprawności (np. symbol orzeczenia 10-N, 12-C) jest dysfunkcja narządu ruchu.	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	pacjent posiada ubytek słuchu powyżej 70 db w uchu lepszym	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	żadne z powyższych (inna dysfunkcja)	pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia

(**miejsowość**)

data)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza

Uwaga: Zaświadczenie ważne 120 dni od daty wystawienia