

Załącznik do formularza wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywnym samorząd” w 2019 r. –  
Moduł I Obszar A Zadanie 2

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

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. PESEL

3. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis):

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

4. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby  
w tym zakresie: .....

5. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy:  
(proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):

<input type="checkbox"/>	<p><b>Dysfunkcja narządu ruchu Pacjenta <u>jest następstwem</u> schorzeń stanowiących podstawę wydania orzeczenia (*) i polega na:</b>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>(*) odpowiednio: orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności; a w przypadku osób niepełnosprawnych do 16 roku życia – orzeczenia o niepełnosprawności</p>	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	<p><b>Dysfunkcja narządu ruchu Pacjenta <u>nie jest następstwem</u> schorzeń stanowiących podstawę wydania orzeczenia(*)</b></p> <p>(*) odpowiednio: orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności; a w przypadku osób niepełnosprawnych do 16 roku życia – orzeczenia o niepełnosprawności</p>	pieczętka, nr i podpis lekarza