.............................................. ……………, dnia…………………

Stempel zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

wydane do wniosku o pomoc 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. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza** się, że u Pacjenta występuje (proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczątką):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **dysfunkcja narządu ruchu** | pieczątka, nr i podpis lekarza |
| dysfunkcja narządu ruchu jest następstwem: |
|  | **schorzeń o charakterze neurologicznym** | pieczątka, nr i podpis lekarza |
|  | **całościowych zaburzeń rozwojowych** | pieczątka, nr i podpis lekarza |
|  | **Innych schorzeń, jakich?:** …………........................................................................................………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | pieczątka, nr i podpis lekarza |
|  | **brak dysfunkcji narządu ruchu** | pieczątka, nr i podpis lekarza |

........................................, dnia .............. ……………………………………

 (miejscowość) (data) pieczątka, nr i podpis lekarza