*Załącznik do formularza wniosku –* ***Moduł I Obszar A Zadanie nr 1 i 2***

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

**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej .............................., dnia ………..

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 ****

1. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis):

…………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (***proszę zakreślić właściwe pole*  *oraz potwierdzić podpisem i pieczątką****):*



dysfunkcja narządu ruchu

pieczątka, **nr** i podpis lekarza

dysfunkcja narządu ruchu jest następstwem ujętych w orzeczeniu schorzeń:

pieczątka, **nr** i podpis lekarza

 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