

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

....., dnia
(miejscowość) (data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

lekarza specjalisty o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności
wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”

Imię i nazwisko

PESEL

Opis schorzenia potwierdzającego, iż następstwem schorzeń, stanowiących
podstawę wydania orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu:

☐ TAK ☐ NIE

Uzasadnienie

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

.....
pieczętka i podpis lekarza