

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

....., dnia .....

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że następstwem  
schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu:

tak       nie

....., dnia .....

(miejsowość)

(data)

.....  
pieczętka, nr\_i podpis lekarza

**Dla osób niepełnosprawnych, których orzeczenie jest wydane z innego  
powodu niż dysfunkcja narządu ruchu**