

.....  
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*

**Imię i nazwisko:** .....

**PESEL** .....

**Choroba zasadnicza:** .....

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

Czy następstwem schorzeń jest dysfunkcja narządu ruchu?  tak  nie

**Opis:** .....

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

.....  
(data)

.....  
(pieczęć, nr i podpis lekarza specjalisty)