

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
(wystawione przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności
Wnioskodawcy/Podopiecznego) - **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

Imię i nazwisko:

PESEL

Choroba zasadnicza:

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

Czy następstwem schorzeń jest dysfunkcja narządu ruchu? tak nie

Opis:

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

.....

.....