

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

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach 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:** .....

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

.....  
(data)

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