

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

.....
Miejscowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA¹

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” (A1)

dotyczy osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu ruchu, których orzeczenie jest wydane z innego powodu niż 05-R

- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim -

1. Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole):

choroby neurologiczne 10-N

opis:

.....
.....

całościowe zaburzenia rozwojowe 12-C

opis:

.....
.....

3. Czy następstwem schorzeń (o charakterze neurologicznym – symbol orzeczenia: **10-N** lub całościowych zaburzeń rozwojowych – symbol orzeczenia: **12-C**) stanowiących podstawę orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu?

nie

tak

opis:

.....
.....

.....
(miejscowość i data)

.....
pieczęćka, nr i podpis

¹ Zaświadczenie wystawia lekarz specjalista o specjalności związanej z rodzajem niepełnosprawności Pacjenta, nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku.