................................................................. ..............................,dnia…………….

 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**

**1. Imię i Nazwisko** **Pacjenta**……………………………………………………………………………….

# PESEL          

**Adres zamieszkania** ……………………….……………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………….

Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis)......……..………………………………………………

…………………………………………………………………………….………..………………………………..

…………………………………………………………………………….………..………………………………..

…………………………………………………………………………….………..……………………………..…

……………………………………………………………………………………………………………………….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | Pacjent posiada dysfunkcję narządu ruchu, która jest następstwem schorzeń o charakterze neurologicznym (symbol : 10-N) stanowiących podstawę wydania orzeczenia  | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza  |
|   | Pacjent posiada dysfunkcję narządu ruchu, która jest następstwem całościowych zaburzeń rozwojowych (symbol : 12-C) stanowiących podstawę wydania orzeczenia  | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza  |

 ***(proszę zakreślić właściwe pola***  ***oraz potwierdzić podpisem i pieczątką)***

…………………………………………………………………………….………..………………………………..

…………………………………………………………………………….………..………………………………..

…………………………………………………………………………….………..………………………………..

…………………………………………………………………………….………..……………

…………………….. ………………………………………………….

 (data) (pieczątka, nr i podpis lekarza specjalisty)