

**Moduł I Obszar A Zadania nr: 1 i 2**

....., dnia .....

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej (miejsowość) (data)  
lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”  
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....
2. PESEL
3. Zakres dysfunkcji narządu ruchu Pacjenta (opis):  
.....  
.....

**Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętą):**

<input type="checkbox"/>	dysfunkcja narządu ruchu	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
Dysfunkcja narządu ruchu jest następstwem ujętych w orzeczeniu schorzeń:		
<input type="checkbox"/>	o charakterze neurologicznym (symbol orzeczenia: 10-N)	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	całościowych zaburzeń rozwojowych (symbol orzeczenia: 12-C)	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	innych schorzeń, jakich? .....	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	brak dysfunkcji narządu ruchu	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty

.....  
pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty