

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

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

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

w przypadku osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu ruchu, która nie jest przyczyną wydania orzeczenia dot. niepełnosprawności, ale jest konsekwencją ujętych w orzeczeniu schorzeń, potwierdzające iż następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu  
- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. PESEL

3. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie: .....

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

<input type="checkbox"/>	Występuje dysfunkcja narządu ruchu: ..... .....	pieczętą, nr i podpis lekarza
dysfunkcja narządu ruchu jest następstwem:		
<input type="checkbox"/>	Schorzeń o charakterze neurologicznym	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Całościowych zaburzeń rozwojowych	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Innych schorzeń (jakich) ? .....	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Brak jest dysfunkcji narządu ruchu	pieczętą, nr i podpis lekarza

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

(miejscowość)

(data)

.....  
pieczętą, nr i podpis lekarza