

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

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że u Pacjenta
(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 (10-N)	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	całościowych zaburzeń rozwojowych (12-C)	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	innych schorzeń (jakich?)	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	brak dysfunkcji narządu ruchu	pieczętą, nr i podpis lekarza

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....
pieczętą, nr i podpis lekarza