

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

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE<sup>1</sup>

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” (A1 lub A2)

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. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis):

.....  
.....

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

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

.....  
Miejscowość, data

.....  
pieczęć imienna, podpis lekarza specjalisty

<sup>1</sup> Zaświadczenie wystawia lekarz specjalista o specjalności związanej z rodzajem niepełnosprawności Pacjenta