

.....
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

2. PESEL

3. Pacjent posiada dysfunkcję narządu ruchu: (**proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką**)

Tak <input type="checkbox"/>	Pieczętka, nr i podpis lekarza	Nie <input type="checkbox"/>	Pieczętka, nr i podpis lekarza
------------------------------	--------------------------------	------------------------------	--------------------------------

4. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, iż następstwem schorzeń, stanowiących podstawą orzeczenia Pacjenta jest dysfunkcja narządu ruchu (o ile dotyczy) o charakterze:

<input type="checkbox"/> neurologicznym (10 -N)	Pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/> całościowych zaburzeń rozwojowych (12-C)	Pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/> innych (jakich)	Pieczętka, nr i podpis lekarza

5. Pacjent z uwagi na stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu wymaga oprzyrządowania samochodu, w tym dostosowania do indywidualnych potrzeb związanych z rodzajem niepełnosprawności lub wyposażenia samochodu, które umożliwi użytkowanie samochodu przez osobę niepełnosprawną z dysfunkcją narządu ruchu lub przewożenie samochodem osoby z niepełnosprawnością.

Tak <input type="checkbox"/>	Pieczątką, nr i podpis lekarza	Nie <input type="checkbox"/>	Pieczątką, nr i podpis lekarza
------------------------------	--------------------------------	------------------------------	--------------------------------

6. Czy rodzaj schorzenia/niepełnosprawności ma charakter stały?

Tak <input type="checkbox"/>	Pieczątką, nr i podpis lekarza	Nie <input type="checkbox"/>	Pieczątką, nr i podpis lekarza
------------------------------	--------------------------------	------------------------------	--------------------------------

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

pieczęć, nr i podpis lekarza