.........................................................

**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej **..........................., dnia………………**

lub praktyki lekarskiej

# ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON 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 następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu

 TAK NIE

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

 **( miejscowość)) ( data)  pieczątka, podpis lekarza specjalisty**