**Załącznik nr 6**

**program „Aktywny samorząd"**

**Moduł I Obszar A Zadanie nr 2**

…………………………………………………

Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

# ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta ……………………………………………………………………

2. PESEL □□□□□□□□□□□

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej potwierdza się, iż następstwem schorzeń stanowiących podstawę orzeczenia zawierającego poniżej wymieniony symbol orzeczenia (właściwy należy zakreślić) :

□ 10- N

□ 12 – C

□ inny symbol ( proszę podać jaki) ………………………………………

**jest dysfunkcja narządu ruchu.**

Ewentualne uwagi: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………, dnia ………………….. …………………………….

Miejscowość pieczątka i podpis lekarza specjalisty