

.....

.....dnia.....

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
(prosimy wypełnić czytelnie)

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 :

Miejscowość: data

.....

pieczętka i podpis lekarza specjalisty