

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

....., dnia

## 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. Adres.....

3. Data urodzenia.....

4. PESEL

5. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis): .....

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

6. Opinia o celowości posiadania oprzyrządowania do samochodu, który osoba niepełnosprawna użytkuje jako  
kierowca lub pasażer .....

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

7. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym  
zakresie.....

.....  
.....

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

(miejscowość)

(data)

.....  
pieczęć, nr i podpis lekarz