

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

.....
miejscowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA SPECJALISTY
wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”
- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta.....

2. PESEL ____ _

3. Adres zamieszkania

.....
.....

4. Potwierdzenie przez lekarza specjalistę, iż następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia jest dysfunkcja ruchu; jest konsekwencją ujętych w orzeczeniu schorzeń np. o charakterze neurologicznym- 10N, lub całościowych zaburzeń rozwojowych- 12 C

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

.....
(pieczęć i podpis lekarza)