

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

.....  
Miejscowość, data

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA<sup>1</sup>

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” (A1)

dotyczy osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu ruchu, których orzeczenie jest wydane z innego powodu niż 05-R

- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim -

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole 

☐ choroby neurologiczne 10-N

opis:

.....  
.....

☐ całościowe zaburzenia rozwojowe 12-C

opis:

.....  
.....

3. Czy następstwem schorzeń (o charakterze neurologicznym – symbol orzeczenia: **10-N** lub całościowych zaburzeń rozwojowych – symbol orzeczenia: **12-C**) stanowiących podstawę orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu?

☐ nie

☐ tak

opis:

.....  
.....

.....  
(miejscowość i data)

.....  
pieczęć, nr i podpis

<sup>1</sup> Zaświadczenie wystawia lekarz specjalista o specjalności związanej z rodzajem niepełnosprawności Pacjenta, nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku.