

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

.....  
 data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE  
 wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” ( C5 )  
 - *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

- Imię i nazwisko Pacjenta .....
- PESEL .....
- Stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (*proszę zakreślić właściwe pole* ☐ ☐ *oraz potwierdzić podpisem i pieczętką*):

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Brak obu kończyn górnych, na wysokości/ od:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia: ..... .....	pieczętka, nr i podpis lekarza

..... , dnia .....  
 (miejscowość ) (data)

.....  
 pieczętka i podpis lekarza