

**Załącznik nr 1 do wniosku w ramach pilotażowego programu
„Aktywny samorząd”**

....., dnia

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

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

**Wymagane tylko w przypadku posiadania orzeczenia o stopniu
niepełnosprawności z symbolem 10-N lub 12-C. W przypadku symbolu 05-R
zaświadczenie nie jest wymagane.**

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

<input type="checkbox"/>	10-N – choroby neurologiczne	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	12 – C – całościowe zaburzenia rozwojowe	pieczętka, nr i podpis lekarza

W tym miejscu lekarz wskazuje, że następstwem schorzeń(10-N, 12-C),
stanowiących podstawę orzeczenia o stopniu niepełnosprawności jest dysfunkcja
narządu ruchu.

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

Aktualny stan procesu chorobowego: stabilny niestabilny

....., dnia

(miejsowość)

(data)