

**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)