

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

....., dnia.....

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy:

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
--------------------------	--	--------------------------------

Uwagi:

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

.....  
pieczętka i podpis lekarza specjalisty