

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
– lekarza specjalisty o specjalizacji związanej z rodzajem niepełnosprawności

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

1. Imię i nazwisko:

.....

2. PESEL:

3. Adres zamieszkania:

4. Pacjent posiada dysfunkcję narządu ruchu:

TAK <input type="checkbox"/>	<i>Pieczętka i podpis lekarza</i>	NIE <input type="checkbox"/>	<i>Pieczętka i podpis lekarza</i>
------------------------------	-----------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

5. Stwierdzam, iż następstwem schorzeń, stanowiących podstawę wydania posiadanego orzeczenia Pacjenta jest dysfunkcja narządu ruchu (o ile dotyczy) o charakterze:

<input type="checkbox"/> neurologicznym (10-N)	<i>Pieczętka i podpis lekarza</i>
<input type="checkbox"/> całościowych zaburzeń rozwojowych (12-C)	<i>Pieczętka i podpis lekarza</i>
<input type="checkbox"/> innych (jakich?)	<i>Pieczętka i podpis lekarza</i>

6. Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu powodującej niepełnosprawność wymaga oprzyrządowania do posiadanego samochodu, w tym dostosowania do indywidualnych potrzeb związanych z rodzajem niepełnosprawności lub wyposażenia samochodu, które umożliwi użytkowanie samochodu przez osobę niepełnosprawną z dysfunkcją ruchu lub przewożenie samochodem osoby niepełnosprawnej

TAK <input type="checkbox"/>	<i>Pieczętka i podpis lekarza</i>	NIE <input type="checkbox"/>	<i>Pieczętka i podpis lekarza</i>
------------------------------	-----------------------------------	------------------------------	-----------------------------------