

.....  
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

..... dnia .....  
miejsowość data

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE<sup>1</sup>

wydane przez lekarza o specjalizacji związanej z rodzajem niepełnosprawności  
do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach programu „Aktywny samorząd”  
(A1), (A2)

1. Imię i nazwisko Pacjenta

.....

2. Adres

.....

3. PESEL

4. Pacjent posiada dysfunkcję narządu ruchu:

TAK

NIE

5. Występująca u Pacjenta dysfunkcja narządu ruchu jest konsekwencją schorzeń  
o charakterze:

neurologicznym ( 10 – N )

całościowych zaburzeń rozwojowych ( 12 – C )

innych,

jakich:.....

.....

6. Stwierdza się, że niepełnosprawność ruchowa Pacjenta dotyczy:

kończyny dolnej / kończyn dolnych

kończyny górnej / kończyn górnych

inne, jakie

.....

..... dnia .....  
(miejsowość) (data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

<sup>1</sup> Zaświadczenie powinno być wystawione przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności.