

.....

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)

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Adres zamieszkania.....

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

Dysfunkcja narządu słuchu i wzroku	Pacjent jest osobą głuchoniewidomą : <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Daty, pieczętka i podpis Lekarza
Dysfunkcja narządu ruchu	Pacjent jest osobą poruszającą się na wózku inwalidzkim : <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Daty, pieczętka i podpis Lekarza