

.....

**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:**

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