

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”

- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Przedmiot wniosku

☐ Pomoc w zakupie oprzyrządowania do posiadanego samochodu

☐ Uzyskanie prawa jazdy

4. Następstwem schorzeń stanowiących podstawę wydania orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu

niepełnosprawności jest dysfunkcja narządu ruchu: ☐ tak ☐ nie

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
pieczętka i podpis lekarza