

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

.....  
(miejscowość i data)

**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