

.....
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