

.....
stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(wydane dla potrzeb PFRON- pilotażowy program „Aktywny samorząd”)

Imię i nazwisko Pacjenta

Data Urodzenia PESEL

Miejsce zamieszkania,.....
(miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy:

(proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą):

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja jednej kończyny górnej	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od:	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia:	pieczętąka, nr i podpis lekarza

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
pieczętąka, i podpis lekarza specjalisty