



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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE lekarza specjalisty

(wydane dla potrzeb PFRON- pilotażowy program „Aktywny samorząd” Obszar A zadania 1 i 2)

Imię i nazwisko Pacjenta

Data Urodzenia **PESEL**

Miejsce zamieszkania

(nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdzam, że:

1) Dysfunkcja narządu ruchu pacjenta jest konsekwencją ujętych w orzeczeniu schorzeń:

TAK

NIE

2) Dysfunkcja narządu ruchu pacjenta polega na:

.....
.....

Uwagi dodatkowe:

.....
.....

.....
(miejscowość)

.....
(data)

.....
pieczętka i podpis lekarza specjalisty*

.....
*Zaświadczenie wydane przez **lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności**, winno zawierać opis rodzaju schorzenia osoby niepełnosprawnej oraz wskazanie, iż następstwem schorzeń, stanowiących podstawę wydania orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu.