

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

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE LEKARZA SPECJALISTY**  
(wydane dla potrzeb PFRON- pilotażowy program „Aktywny samorząd”)

Imię i nazwisko Pacjenta .....

Data Urodzenia ..... PESEL .....

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

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

(należy wpisać znak X w odpowiednie pola  oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od: .....	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja obu kończyn górnych, objawiający się .....	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia: .....	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Pacjent porusza się na wózku inwalidzkim	pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia .....  
(miejscowość) (data)

.....  
pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty