

....., dnia

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach
pilotażowego programu „Aktywny samorząd” Obszar A –

- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

Następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia
o niepełnosprawności/stopniu niepełnosprawności Pana/Pani.....
.....,
PESEL jest dysfunkcja narządu ruchu.

.....

pieczętka i podpis lekarza