

....., dnia

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach
programu „Aktywny samorząd”

(Obszar A Zadanie 1, 2) - prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

Następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia
o niepełnosprawności/stopniu niepełnosprawności Pana/Pani.....

.....,
PESELjest dysfunkcja narządu ruchu.

.....

pieczętka i podpis lekarza