

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

.....
(miejscowość i data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Przedmiot wniosku

Pomoc w zakupie oprzyrządowania do posiadanego samochodu

Uzyskanie prawa jazdy

4. Następstwem schorzeń stanowiących podstawę wydania orzeczenia o niepełnosprawności lub

stopniu niepełnosprawności jest dysfunkcja narządu ruchu: tak nie

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....
pieczętka i podpis lekarza