

.....
(pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej)

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny Samorząd”:

- 1) **Obszar A, Zadanie 1 - pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu oraz**
- 2) **Obszaru A, Zadanie 2 – pomoc w uzyskaniu prawa jazdy.**

Imię i nazwisko Pacjenta:.....

Adres Pacjenta:

PESEL:.....

1. Informacja o stanie zdrowia:	
a) Pacjent posiada dysfunkcje narządu ruchu: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
b) Niepełnosprawność ruchowa dotyczy: <input type="checkbox"/> jednej kończyny dolnej <input type="checkbox"/> jednej kończyny górnej <input type="checkbox"/> obu kończyn dolnych <input type="checkbox"/> obu kończyn górnych <input type="checkbox"/> inna, jaka:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza

A1- osoba z orzeczeniem o niepełnosprawności (do 16 roku życia) lub osoba ze znacznym albo umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, posiadająca dysfunkcję narządu ruchu, symbol orzeczenia inny niż 05-R

A2- osób ze znacznym albo umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, posiadająca dysfunkcję narządu ruchu, symbol orzeczenia inny niż 05-R

<p>c) Występująca dysfunkcja narządu ruchu jest konsekwencją schorzeń (stanowiących podstawę wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności) o charakterze:</p> <p><input type="checkbox"/> neurologicznych (10-N)</p> <p><input type="checkbox"/> całościowych zaburzeń rozwojowych (12-C)</p> <p><input type="checkbox"/> innych (jakich)</p>	<p>pieczęć, nr i podpis lekarza</p>
--	-------------------------------------

.....
(data)

.....
(pieczęć, nr i podpis lekarza specjalisty)

A1- osoba z orzeczeniem o niepełnosprawności (do 16 roku życia) lub osoba ze znacznym albo umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, posiadająca dysfunkcję narządu ruchu, symbol orzeczenia inny niż 05-R

A2- osób ze znacznym albo umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, posiadająca dysfunkcję narządu ruchu, symbol orzeczenia inny niż 05-R