

**Załącznik nr 2a do wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny Samorząd”  
Zaświadczenie lekarskie - Moduł I/Obszar A/Zadanie 1 i 2**

.....  
**Pieczętka** zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza o specjalizacji związanej z rodzajem niepełnosprawności  
do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
**- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. PESEL

3. Pacjent posiada dysfunkcję narządu ruchu:

- tak
- nie

4. Występująca u Pacjenta dysfunkcja narządu ruchu jest konsekwencją schorzeń o charakterze:

- neurologicznym (10-N)
- całościowych zaburzeń rozwojowych (12-C)
- innych (jakich): .....

I stanowi podstawę wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

- tak
- nie

5. Stwierdza się, że niepełnosprawność ruchowa Pacjenta dotyczy:

- kończyny dolnej
- kończyny górnej
- kończyn dolnych
- kończyn górnych
- inne (jakie): .....

....., dnia .....

(miejscowość )

(data)

.....

(pieczętka, nr i podpis lekarza )