

.....
stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE lekarza specjalisty

(wydane dla potrzeb PFRON- pilotażowy program „Aktywny samorząd” Obszar A zadania 1 i 2)

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia **PESEL**

Miejsce zamieszkania.....

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdzam, że:

1) Dysfunkcja narządu ruchu pacjenta jest konsekwencją ujętych w orzeczeniu schorzeń:

TAK

NIE

2) Dysfunkcja narządu ruchu pacjenta polega na:

.....
.....
.....

Uwagi dodatkowe:

.....
.....

.....
(miejscowość i data)

.....
pieczętka i podpis lekarza
specjalisty