

.....  
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

### **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

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

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Rozpoznanie choroby zasadniczej .....

.....

.....

Choroby współistniejące .....

.....

.....

Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis) .....

.....

.....

Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne  
potrzeby w tym zakresie: .....

.....

.....

Rodzaj niepełnosprawności uzasadniający pomoc w uzyskaniu prawa jazdy kategorii .....

.....

.....

Czy występują przeciwwskazania zgodnie z rodzajem niepełnosprawności do kierowania  
pojazdami.....

.....

.....

Uzasadnienie konieczności pomocy w uzyskaniu prawa jazdy kategorii ..... zgodnie  
z rodzajem niepełnosprawności.....

.....

.....

.....

.....  
(miejscowość i data)

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