

.....

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

1. **Imię i nazwisko Pacjenta**
2. **PESEL** _ _ _ _ _
3. Rodzaj schorzenia (niepełnosprawności) Pacjenta:
4. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

b) Dysfunkcja narządu ruchu Pacjenta jest konsekwencją ujętych w orzeczeniu schorzeń:

tak nie

a) Dysfunkcja narządu ruchu Pacjenta polega na:

Uwagi:

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

....., dnia

(**miejsowość**)

(**data**)

pieczętka, nr_i podpis lekarza specjalisty

• Zgodnie z ust. 31 pkt 3) „Kierunków działań (...) w 2026 roku” **dysfunkcja narządu ruchu** (w przypadku obszaru A) – należy przez to rozumieć dysfunkcję stanowiącą podstawę orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (także orzeczenia o niepełnosprawności), w przypadku osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu ruchu, która nie jest przyczyną wydania orzeczenia dot. niepełnosprawności, ale jest konsekwencją ujętych w orzeczeniu schorzeń (np. o charakterze neurologicznym 10-N lub całościowych zaburzeń rozwojowych 12-C) – należy przedstawić zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę.