

Załącznik nr 3 do wniosku w ramach programu „Aktywny samorząd”

(dotyczy osób ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, które nie posiadają w orzeczeniu o niepełnosprawności kodu 05-R tylko 10-N bądź 12-C, a ubiegają się o dofinansowanie z tytułu narządu ruchu)

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia
(miejscowość) (dnia)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” Moduł I Obszar A Zadanie 2
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. PESEL
3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy
(proszę zakreślić znakiem X właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczęcią):

☐	Pacjent posiada dysfunkcję narządu ruchu, która jest następstwem schorzeń o charakterze neurologicznym (symbol: 10-N) stanowiących podstawę wydania orzeczenia	pieczęć, nr i podpis lekarza
☐	Pacjent posiada dysfunkcję narządu ruchu, która jest następstwem całościowych zaburzeń rozwojowych (symbol: 12-C) stanowiących podstawę wydania orzeczenia	pieczęć, nr i podpis lekarza

UWAGA!

1. W przypadku braku pieczęci lub podpisu lekarza w rubrykach do tego przeznaczonych, a także danych w poszczególnych rubrykach zaświadczenia, zaświadczenie zostanie zwrócone Wnioskodawcy celem uzupełnienia.
2. W przypadku dokonywania skreśleń i poprawek w zaświadczeniu, należy potwierdzać ten fakt czytelnym podpisem osoby dokonującej skreśleń i poprawek.
3. Zaświadczenie musi być wypełnione czytelnie w języku polskim i wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku.