

Załącznik nr 1 do formularza wniosku w ramach programu „Aktywny Samorząd” – **Moduł I Obszar A**  
**Zadanie nr 1 i nr 2**

.....  
**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej,  
praktyki lekarskiej lub poradni specjalistycznej

### **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny Samorząd”  
wydane nie wcześniej niż na 120 dni przed dniem złożenia wniosku  
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta

.....

2. PESEL .....

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, iż następstwem schorzeń,  
stanowiących podstawę orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu:

TAK  NIE

4. Czy rodzaj schorzenia/niepełnosprawności ma charakter stały:

TAK / NIE

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

(miejscowość) (data)

.....  
pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty

*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 – symbol orzeczenia: 10–N lub całościowych zaburzeń rozwojowych – symbol orzeczenia: 12–C) mogą zostać pozytywnie zweryfikowane pod względem formalnym pod warunkiem, że wnioskodawca dołączy do wniosku zaświadczenie lekarza specjalisty potwierdzające, iż następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu.*