

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

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. PESEL
3. Zakres dysfunkcji pacjenta (opis):
4. Choroby współistniejące
5. Przeciwwskazania zdrowotne do kierowania pojazdami silnikowymi do których wymagane jest posiadanie prawa jazdy kategorii B
6. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie:
7. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta (proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):

<input type="checkbox"/>	Pozwala na ubieganie się o prawo jazdy kategorii B	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Nie pozwala na ubieganie się o prawo jazdy kategorii B	pieczętka, nr i podpis lekarza

.....
(data)

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