

Miejscowość \_\_\_\_\_, dnia \_\_\_\_\_

Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

**Zaświadczenie lekarskie**  
**wydane do wniosku o dofinansowanie**  
**w ramach programu „Samodzielność-Aktywność-Mobilność!”**  
**Mobilność osób z niepełnosprawnością**

1. Imię i nazwisko Pacjenta: \_\_\_\_\_
2. Nr PESEL Pacjenta (11 cyfr): \_\_\_\_\_
3. Pacjent posiada dysfunkcję narządu ruchu (wpisz X, aby zaznaczyć właściwe):  
Tak \_\_\_\_\_  
Nie \_\_\_\_\_
4. Występująca u Pacjenta dysfunkcja narządu ruchu jest konsekwencją schorzeń o charakterze (wpisz X, aby zaznaczyć właściwe):  
\_\_\_\_\_ narządu ruch (05-R)  
\_\_\_\_\_ neurologicznym (10-N)  
\_\_\_\_\_ całościowych zaburzeń rozwojowych (12-C)  
\_\_\_\_\_ innych (jakich)  
i stanowi podstawę wydania orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności (wpisz X, aby zaznaczyć właściwe):  
Tak \_\_\_\_\_  
Nie \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Pieczętka, nr i podpis lekarza

**Uwaga:**

Zaświadczenie musi być wystawione przez jednego z lekarzy specjalistów: ortopedii lub rehabilitacji lub neurologii lub chorób wewnętrznych (internista) lub medycyny rodzinnej (lekarza rodzinnego) lub pediatrii (w przypadku dzieci). Zaświadczenie musi być wypełnione czytelnie w języku polskim.