

.....

**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

### **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**wystawione przez lekarza specjalistę, prowadzącego Pacjenta**  
wydane dla potrzeb MOPS - pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
*prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. PESEL \_ \_ \_ \_ \_

3. Adres zamieszkania Wnioskodawcy:

.....  
.....

4. Rodzaj niepełnosprawności: .....

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

5. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis): .....

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

6. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie:.....

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

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

(miejscowość)

(data)

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie