Załącznik nr 3a do formularza wniosku
w ramach programu „Aktywny samorząd” –
Moduł I Obszar A Zadanie 1 i 2

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

.....

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

..... dnia .....

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”

(dotyczy 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 lub całościowych zaburzeń rozwojowych)

Niniejszym zaświadczam, że u Pacjenta .....,
(imię i nazwisko)

nr PESEL ..... posiadającego orzeczenie o niepełnosprawności z symbolem ....., następstwem schorzeń, stanowiących podstawę wydania orzeczenia dotyczącego niepełnosprawności jest dysfunkcja narządu ruchu:

☐ TAK

☐ NIE

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

(**miejscowość**) (**data**)

.....

pieczątka, nr i podpis lekarza