*Załącznik nr 24 do Zarządzenia nr 12.2019*

*Dyrektora PCPR w Olkuszu z dnia 26.03.2019r.  
 do wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”*

*Moduł I. Obszar A. Zadanie 1, 2; Obszar B. Zadanie 1*

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

Stempel zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

# ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” (A 1, 2; B 1)

**( prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)**

1. Imię i nazwisko Pacjenta ......................................................................................................
2. PESEL
3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej potwierdza się, iż następstwem       schorzeń stanowiących podstawę orzeczenia zawierającego poniżej wymieniony symbol  
    orzeczenia ( właściwy należy zakreślić) :

 10 - N

 12-C

 inny symbol ( proszę podać jaki ) …………………..

** jest dysfunkcja narządu ruchu.**

Ewentualne uwagi : ........................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Miejscowość: …………………………… data ………………

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

pieczątka i podpis lekarza specjalisty

o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności