#  Załącznik nr 7 do wniosku

#  w ramach pilotażowego programu

#  „Aktywny samorząd” – A1 lub A2

Stempel zakładu opieki zdrowotnej …………………………………………….

lub gabinetu lekarskiego miejscowość, data

# ZAŚWIADCZENIE LEKARZA SPECJALISTY

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

 - ***prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim***

1. Imię i nazwisko Pacjenta

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

1. PESEL
2. Adres zamieszkania

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

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

1. Potwierdzenie przez lekarza specjalistę, iż następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia jest dysfunkcja ruchu; jest konsekwencją ujętych w orzeczeniu schorzeń np. o charakterze neurologicznym- 10N, lub całościowych zaburzeń rozwojowych- 12 C

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

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

 ( pieczątka i podpis lekarza)