# 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)