

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane dla potrzeb MCPR w Zamościu celem ubiegania się o dofinansowanie PFRON
w ramach programu „Aktywny samorząd”

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczęcią**):

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	podpis opatrzony pieczęcią z nr PWZ
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	podpis opatrzony pieczęcią z nr PWZ
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	podpis opatrzony pieczęcią z nr PWZ
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	podpis opatrzony pieczęcią z nr PWZ
<input type="checkbox"/>	Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od:.....	podpis opatrzony pieczęcią z nr PWZ
<input type="checkbox"/>	Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:.....	podpis opatrzony pieczęcią z nr PWZ
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia:.....	podpis opatrzony pieczęcią z nr PWZ