Załącznik do wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
– Moduł I Obszar A zadanie nr 2

…….
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny Samorząd”
- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta

   ……

2. PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

3. Rodzaj niepełnosprawności, schorzeń i opis zakresu dysfunkcji narządu ruchu uzasadniający pomoc w uzyskaniu prawa jazdy: ……
   ……
   ……
   ……
   ……
   ……
   ……
   ……
   …….

4. Czy występują przeciwwskazania zgodnie z rodzajem niepełnosprawności do kierowania pojazdami……
   ……
   ……
   ……
   ……
   ……

…….. (data)

…….. (pieczątka i podpis lekarza specjalisty)