

.....
Pieczątką zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
data

Zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza specjalistę

wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kościanie – dotyczy dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” – **moduł I, obszar A, zad. 1 – pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu**

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis):

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

Potwierdzam, iż następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu.

.....
(pieczęć, nr i podpis lekarza specjalisty)

Zaświadczenie należy wypełnić **czytelnie, w języku polskim** i wystawić **nie wcześniej 120 dni przed złożeniem wniosku.**