

Załącznik do formularza wniosku A1 w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

.....
Miejscowość, 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 – **prosimy wypełnić czytelnie i w języku polskim**

Imię i nazwisko

PESEL

Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis):

.....

.....

.....

<input type="checkbox"/> Brak dysfunkcji narządu ruchu	Pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/> Dysfunkcja narządu ruchu jest następstwem ujętych w orzeczeniu schorzeń:	Pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/> o charakterze neurologicznym	Pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/> całościowych zaburzeń rozwojowych	Pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/> innych schorzeń, proszę wymienić jakich:	Pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty