……………….…............., dnia …………..…

Stempel Zakładu Opieki Zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE1

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Samodzielność-Aktywność-Mobilność!” Dostępne Mieszkanie

1. Imię i nazwisko Pacjenta ……....................................................................................................

2. Nr PESEL Pacjenta: \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

3**. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się brak możliwości samodzielnego poruszania się przez Pacjenta bez użycia wózka inwalidzkiego2**

4. Uwagi:……………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………….…………….

PIECZĄTKA, NR I PODPIS LEKARZA