

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

.....dnia.....

Zaświadczenie lekarskie

wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Elblągu – dotyczy dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach **obszaru A, Zadanie 1** - pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do samochodu i **obszaru A, Zadanie 2** –pomoc w uzyskaniu prawa jazdy.

A1- osoba z orzeczeniem o niepełnosprawności (do 16 roku życia) lub osoba ze znacznym albo umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, posiadająca dysfunkcję narządu ruchu, symbol orzeczenia inny niż 05-R

A2- osoba ze znacznym albo umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, posiadająca dysfunkcję narządu ruchu, symbol orzeczenia inny niż 05-R

1. Imię i nazwisko Pacjenta:.....

2. PESEL:.....

3. Informacja o stanie zdrowia:	
a) Pacjent posiada dysfunkcje narządu ruchu: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	pieczętka, nr i podpis lekarza
b) Niepełnosprawność ruchowa dotyczy: <input type="checkbox"/> jednej kończyny dolnej <input type="checkbox"/> jednej kończyny górnej <input type="checkbox"/> obu kończyn dolnych <input type="checkbox"/> obu kończyn górnych <input type="checkbox"/> inna, jaka:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza
c) Występująca dysfunkcja narządu ruchu jest konsekwencją schorzeń (stanowiących podstawę wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności) o charakterze: <input type="checkbox"/> neurologicznych (10-N) <input type="checkbox"/> całościowych zaburzeń rozwojowych (12-C) <input type="checkbox"/> innych (jakich)	pieczętka, nr i podpis lekarza

.....
(data)

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