

**Załącznik nr 2 do formularza wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny Samorząd” –  
Obszar D**

.....  
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

**Zaświadczenie lekarskie**

wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Myszkowie  
– dotyczy dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych  
w ramach **obszaru D - pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki  
dla osoby zależnej**

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Adres zamieszkania .....

Rozpoznanie choroby zasadniczej .....

.....

.....

.....

Choroby współistniejące .....

.....

.....

Rodzaj niepełnosprawności uzasadniający pomoc w w *utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez  
zapewnienie opieki dla osoby zależnej*

.....

.....

.....

.....

.....

Czy występują przeciwwskazania zgodnie z rodzajem niepełnosprawności do utrzymania aktywności  
zawodowej.....

.....

.....

.....

.....  
(data)

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