

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

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
pomoc w uzyskaniu prawa jazdy

- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. PESEL \_ \_ \_ \_ \_

3. Rozpoznanie choroby zasadniczej .....

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

4. Choroby współistniejące .....

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

5. Czy występują przeciwwskazania zgodnie z rodzajem niepełnosprawności do kierowania pojazdami

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

6. Uzasadnienie konieczności pomocy w uzyskaniu prawa jazdy zgodnie z rodzajem niepełnosprawności

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

....., dnia .....

miejsowość

data

.....

pieczęć, nr i podpis lekarza