

.....
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
(wystawione przez lekarza specjalistę)
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
miejscowość data

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza specjalistę