

.....
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
miejscowość data

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza