……………………………….

 Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

 lub gabinetu lekarskiego

**Zaświadczenie lekarskie**wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny Samorząd”

***- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim***

Imię i nazwisko ………………………………………………………………………………………

PESEL ………………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania ……………………….…………………………………………………………

Rozpoznanie choroby zasadniczej ……………………………………………………………..........

…………………………………………………………………………………………….…..……. …………………………………………………………………………………….………..……….

………………………………………………………………………………………………...........

Choroby współistniejące …………………. …………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………….......

………………………………………………………………………………………………….......

Rodzaj niepełnosprawności uzasadniający pomoc w uzyskaniu prawa jazdy kategorii B:

…………………………………………………………………………………………….…..……. …………………………………………………………………………………….………..……….

…………………………………………………………... …………………………………….......

………………………………………………………………………………………………...........

………………………………………………………………………………………………….......

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

Uzasadnienie konieczności pomocy w uzyskaniu prawa jazdy kategorii B zgodnie z rodzajem niepełnosprawności……………..……………………………………….....................................…

…………………………………………………………………………………………….…..……. …………………………………………………………………………………….………..……….

…………………………………………………………... …………………………………….......

………………………………………………………………………………………………...........

………………………………………………………………………………………………….......

…………………….. …………………………………………..

 (data) (pieczątka i podpis lekarza specjalisty)