

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

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności  
do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
**- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko .....

2. PESEL

3. Adres zamieszkania .....

4. Rozpoznanie choroby zasadniczej .....

.....

.....

5. Choroby współistniejące .....

.....

.....

6. Rodzaj niepełnosprawności uzasadniający pomoc w uzyskaniu prawa jazdy kategorii B:

.....

.....

.....

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

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

.....  
(data)

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