

.....
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)