

.....
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)