

.....

....., dnia .....

Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

(miejscowość)

### **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

/dotyczy osób niepełnosprawnych w znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, u których schorzenie **narządu ruchu** nie jest podstawą wydania orzeczenia o niepełnosprawności/  
**- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. PESEL .....

3. Symbol przyczyny niepełnosprawności wskazany w orzeczeniu o niepełnosprawności:

.....

4. Stwierdza się, iż następstwem schorzeń, stanowiących podstawę wydania orzeczenia o niepełnosprawności jest dysfunkcja narządu ruchu:

TAK

NIE

..... dnia .....

(miejscowość)

(pieczętka i podpis lekarza specjalisty)