



MODUŁ I Obszar A Zadanie 2 i 3

Stempel zakładu opieki zdrowotnej /praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb programu „Aktywny Samorząd”
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko pacjenta.....

Data urodzenia..... PESEL

1. Rodzaj choroby zasadniczej.....
.....
.....

Pacjent wymaga (*proszę właściwie zaznaczyć znakiem **X**):

pomocy w uzyskaniu prawa jazdy z powodu:

- | | | |
|---|--------------------------------|--------------------------------|
| - dysfunkcji narządu ruchu (Obszar A Zadanie 2) | tak ☐ * | nie ☐ * |
| - dysfunkcji narządu słuchu (Obszar A Zadanie 3) | tak ☐ * | nie ☐ * |

ze względu na rodzaj niepełnosprawności spowodowany.....
.....

	TAK	NIE
stwierdza się, iż następstwem schorzeń wnioskodawcy jest dysfunkcja narządu ruchu	pieczętka i podpis lekarza specjalisty	pieczętka i podpis lekarza specjalisty
stwierdza się, że wnioskodawca ma dysfunkcję słuchu w stopniu wymagającym korzystania z usług tłumacza języka migowego	pieczętka i podpis lekarza specjalisty	pieczętka i podpis lekarza specjalisty

2. Pacjent wymaga likwidacji bariery transportowej i wskazane jest:

☐ uzyskanie prawa jazdy:

KATEGORIA PRAWA JAZDY:

dnia

.....

pieczęć i podpis lekarza specjalisty