załącznik 2

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

ZAŚWIADCZENIE

lekarza specjalisty o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności - potwierdzające dysfunkcję narządu ruchu
(w przypadku osób dla których dysfunkcja narządu ruchu nie stanowi przyczyny wydania orzeczenia o niepełnosprawności)

Imię i nazwisko ..... ……

PESEL .....

Adres zamieszkania .....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej **:**

.....

.....

2.Uszkodzenie innych narządów i układów oraz choroby współistniejące

.....

.....

Zaświadczam, że Pan/Pani ……

- ma trudności w poruszaniu się * **tak** **nie**
- porusza się za pomocą wózka inwalidzkiego* **tak** **nie**

* (właściwe zaznaczyć)

.....
(data, pieczątka i podpis lekarza specjalisty)