



Załącznik nr 6 – Zaświadczenie potwierdzające kwalifikację do udziału w Programie

Zaświadczenie potwierdzające kwalifikację do udziału w Programie

.....
Imię i nazwisko pacjenta

.....
PESEL

Na podstawie analizy dokumentacji medycznej oraz wyników badań i testów przeprowadzonych w ramach kwalifikacji do Programu stwierdza się, że Pacjent został zakwalifikowany do Regionalnego Programu Zdrowotnego w zakresie rozszerzenia dostępności nowoczesnych instrumentalnych metod diagnostyki i rehabilitacji dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym na terenie województwa mazowieckiego.

Program realizowany jest w ramach projektu „Krok ku samodzielności - rehabilitacja dla dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym” - nr identyfikacyjny: FEMA.08.05-IP.01-0AZI/25 współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Priorytetu VIII Fundusze Europejskie dla aktywnej integracji oraz rozwoju usług społecznych i zdrowotnych na Mazowszu, Działanie 8.5. Usługi społeczne i zdrowotne programu Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021-2027 z programu Funduszy Europejskich dla Mazowsza 2021-2027.

.....
Data wystawienia dokumentu

.....
Pieczęć i podpis lekarza*

* Zaświadczenie może wystawić lekarz specjalista jednej z dziedzin: chirurgia dziecięca, neurologia, ortopedia i traumatologia narządu ruchu, rehabilitacja medyczna lub przez lekarza w trakcie specjalizacji z wymienionych dziedzin medycyny