

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

– lekarza specjalisty o specjalizacji związanej z rodzajem niepełnosprawności

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że u Pacjenta występuje:**
(proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):

<input type="checkbox"/>	Wrodzony brak lub amputacja obu kończyn górnych - co najmniej w obrębie przedramienia	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja obu kończyn górnych charakteryzująca się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego	pieczętka, nr i podpis lekarza

4. Rodzaj schorzenia i opis zakresu dysfunkcji narządu ruchu Pacjenta:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

....., dnia,
(miejsowość) (data)

.....
(pieczętka, nr i podpis lekarza)