

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

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

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

lekarza specjalisty

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. Zakres dysfunkcji narządu ruchu Pacjenta (opis): .....  
.....  
.....
4. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby, w tym zakresie: .....  
.....  
.....
5. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy: (proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):

<input type="checkbox"/>	Wrodzony brak/amputacja obu kończyn górnych, na wysokości od: .....	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Znacznie obniżona sprawność ruchowa w zakresie obu kończyn górnych (wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii m. in. porażenie mózgowie, choroby neuromięśniowe), w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego, objawiająca się: ..... ..... ..... .....	pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia .....  
(miejscowość)

.....  
pieczętka, nr i podpis lekarza