...., dnia ……..
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
lekarza specjalisty
wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach 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 pieczątką):*

☐	Wrodzony brak/amputacja obu kończyn górnych, na wysokości od:	pieczątka, nr i podpis lekarza
☐	Znacznie obniżona sprawność ruchowa w zakresie obu kończyn górnych (wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii m. in. porażenie mózgowe, choroby neuromięśniowe), w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego, objawiająca się: …… …… …… …… ……...	pieczątka, nr i podpis lekarza

....., dnia ....
(miejscowość) pieczątka, nr i podpis lekarza