

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

....., **dnia**

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

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 lub amputacja obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia	pieczętka, <b>nr</b> i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja charakteryzująca się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii	pieczętka, <b>nr</b> i podpis lekarza