

.....  
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”  
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko .....
2. PESEL
3. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opisać): .....  
.....  
.....
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 pieczętą**):

<input type="checkbox"/>	Wrodzony brak lub amputacja obu kończyn górnych, co najmniej w obrębie przedramienia	pieczętka, nr lekarza i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja charakteryzująca się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych <b>w stopniu wykluczającym lub znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego</b> , wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii (m.in. porażenia mózgowie, choroby neuromięśniowe)	pieczętka, nr lekarza i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Nie dotyczy	pieczętka, nr lekarza i podpis lekarza

....., dnia .....  
(miejsowość)

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