

.....  
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 Pacjenta .....
2. PESEL
3. Stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczęcią**):

<input type="checkbox"/>	Amputacji w zakresie ręki	pieczęć, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacji w zakresie przedramienia	pieczęć, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacji ramienia i wyłuszczenia w stawie barkowym	pieczęć, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacji na poziomie podudzia	pieczęć, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacji na wysokości uda (także przez staw kolanowy)	pieczęć, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacji uda i wyłuszczenia w stawie biodrowym	pieczęć, nr i podpis lekarza

**Przyczyna amputacji kończyny:**  uraz  inna, jaka: .....

**Aktualny stan procesu chorobowego:**  stabilny  niestabilny

**Ocena zdolności do pracy** w wyniku zaopatrzenia w protezę, w której zastosowane zostaną nowoczesne rozwiązania techniczne: .....

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

(miejsowość)

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