

.....  
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
- **proszę 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 pieczętą**):

<input type="checkbox"/>	Brak obu kończyn górnych po amputacji na wysokości od: .....	pieczętka, <b>nr</b> i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Wrodzony brak obu kończyn górnych na wysokości od: .....	pieczętka, <b>nr</b> i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Znacznie obniżona sprawność ruchowa obu kończyn górnych w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego wynikająca ze schorzenia ..... ..... .....	pieczętka, <b>nr</b> i podpis lekarza

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

(miejscowość)

(data)

.....  
pieczętka i podpis lekarza specjalisty o specjalizacji  
adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności