

.....  
**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"/>	<b>Dysfunkcja obu kończyn górnych</b> (wrodzony brak lub amputacja obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	<b>Dysfunkcja obu kończyn górnych</b> (dysfunkcja charakteryzująca się <b>znacznie obniżoną sprawnością</b> <b> ruchową w zakresie obu kończyn górnych</b> w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego)	pieczętka, nr i podpis lekarza

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

(miejsowość)

(data)

pieczętka, nr\_ i podpis lekarza