

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

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku przez lekarza specjalistę 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"/>	<p>Dysfunkcja obu kończyn górnych</p> <p>(wrodzony brak lub amputacja obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia)</p>	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	<p>Znacznie obniżona sprawność ruchowa w zakresie obu kończyn górnych</p> <p>(znacznie utrudniająca korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego)</p>	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....
 pieczętka, nr i podpis **lekarza specjalisty**