

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

....., dnia
 (miejscowość) (data)

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. Rodzaj schorzenia (opis)

4. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy **(proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą):**

<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja obu kończyn górnych – wrodzony brak obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja obu kończyn górnych – amputacja obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja obu kończyn górnych – charakteryzująca się znacznie obniżoną sprawnością ruchową obu kończyn górnych w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego, wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii (m.in. porażenie mózgowe, choroby neuromięśniowe)	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	Żadna z opisanych powyżej dysfunkcji narządu ruchu w zakresie obu kończyn górnych - <u>nie występuje</u>	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty

.....
 pieczętka, nr_ i podpis lekarza specjalisty