

.....  
Pieczeń zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

### **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności  
do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”  
prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....
2. PESEL
3. **Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta będącej następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia (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 jedno - właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętąką):

<input type="checkbox"/>	Wrodzony brak kończyn górnych co najmniej w obrębie przedramienia	Pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja obu kończyn górnych co najmniej w obrębie przedramienia	Pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja charakteryzująca się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego, wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii (m.in. porażenia mózgowo, choroby neuromięśniowe)	Pieczętąka, nr i podpis lekarza

....., dnia ..... 20.....r.  
(miejscowość) (data)

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