

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
 lub praktyki lekarskiej

....., dnia

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. Stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką**):

<input type="checkbox"/>	Amputacja / wada wrodzona * w zakresie ręki	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja / wada wrodzona * w zakresie przedramienia	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja / wada wrodzona * w zakresie ramienia z wyluszczeniem w stawie barkowym	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja / wada wrodzona * na poziomie stopy lub podudzia	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja / wada wrodzona * na wysokości uda (także przez staw kolanowy)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja / wada wrodzona * w zakresie uda z wyluszczeniem w stawie biodrowym	pieczętka, nr i podpis lekarza
Przyczyna amputacji kończyny: <input type="checkbox"/> wada wrodzona <input type="checkbox"/> amputacja <input type="checkbox"/> uraz <input type="checkbox"/> inna, jak:		
Aktualny stan procesu chorobowego: <input type="checkbox"/> stabilny <input type="checkbox"/> niestabilny		
Ocena zdolności do nauki / stażu/pracy * w wyniku zaopatrzenia w protezę, w której zastosowane zostaną nowoczesne rozwiązania techniczne:		

* niepotrzebne skreślić

** Zaświadczenie powinno być wystawione przez lekarza specjalistę.

....., dnia
 (miejscowość) (data)

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