

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

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

#### – lekarza specjalisty o specjalizacji związanej z rodzajem niepełnosprawności

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. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że u Pacjenta występuje:**  
**(proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):**

<input type="checkbox"/>	Wrodzony brak lub amputacja obu kończyn górnych - co najmniej w obrębie przedramienia	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja obu kończyn górnych charakteryzująca się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego	pieczętka, nr i podpis lekarza

4. Rodzaj schorzenia i opis zakresu dysfunkcji narządu ruchu Pacjenta:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

....., dnia .....,  
(miejsowość) (data)

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