

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

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

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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. 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 - nie występuje	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty

.....  
pieczętka, nr\_ i podpis lekarza specjalisty