

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

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(ważne 120 dni od daty wystawienia)

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

Imię i nazwisko Pacjenta .....

PESEL

Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis):  
.....  
.....

Używane aktualnie przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne:  
.....

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

<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja obu kończyn górnych (rozumiana jako wrodzony brak lub amputacja obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja charakteryzująca się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie <b>obu kończyn górnych</b> , w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego, wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii (m.in. porażenia mózgowie, choroby neuromięśniowe) <b>Objawiająca się:</b> ..... ..... ..... ..... .....	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja tj. .... ..... ..... .....	pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia .....  
miejsce

.....  
pieczętka, nr, podpis lekarza