

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej/praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(ważne 120 dni od daty wystawienia)

lekarza specjalisty o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności

wydane 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 (opis):

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

☐	Wrodzony brak lub amputacja obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	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	pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza