

.....
 Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
 lub praktyki lekarskiej

.....
 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. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej** stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy

(proszę zakreślić oraz potwierdzić podpisem i pieczętą):

<input type="checkbox"/>	Wrodzony brak lub amputacja obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Znacznie obniżona sprawność ruchowa w zakresie obu kończyn górnych w stopniu wykluczającym lub znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego, wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii (m. inn. porażenie mózgowie, choroby neuromięśniowe)	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Sprawność w zakresie kończyn górnych w stopniu nie utrudniającym korzystania ze standardowego sprzętu elektronicznego	pieczętąka, nr i podpis lekarza

....., dnia

(miejsowość)

(data)

lekarza

.....
 pieczętąka, nr_ i podpis

Uwaga: Zaświadczenie ważne 120 dni od daty wystawienia