……
**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

**....., dnia**

# ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności, 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. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie: .....
   .....
5. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej** stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (***proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczątką***):

| | | |
|---|---|---|
| ☐ | wrodzonego braku kończyn górnych co najmniej w obrębie przedramienia | pieczątka, nr i podpis lekarza |
| ☐ | amputacji obu kończyn górnych co najmniej w obrębie przedramienia | pieczątka, nr i podpis lekarza |
| ☐ | dysfunkcja charakteryzująca się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych w stopniu wykluczającym lub znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego, wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii (m.in. porażenie mózgowego, chorób neuromięśnowych) | pieczątka, nr i podpis lekarza |
| ☐ | Inne schorzenia:<br>…….....<br>……..<br>……..<br>…….. | pieczątka, nr i podpis lekarza |

....., dnia .....
**(miejscowość )** **(data)**

.....
pieczątka, nr_ i podpis lekarza