

Stempel zakładu opieki
zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

....., dnia.....

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „ Aktywny samorząd” (B 1)

- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

1. Imię i nazwisko Pacjenta

.....

2. PESEL

3. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby

w tym zakresie:

.....
.....
.....

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

	Wrodzony brak obu kończyn górnych	
	Amputacja obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia	
	Dysfunkcja Wnioskodawcy charakteryzuje 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 (m.in. porażenia mózgowie, choroby neuromięśniowe);	pieczętka, nr i podpis lekarza o specjalności adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności