

.....  
Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

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

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

lekarza specjalisty

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. Dysfunkcja narządu ruchu, nie będąca przyczyną wydania orzeczenia o niepełnosprawności, jest następstwem ujętych w orzeczeniu schorzeń:  tak  nie  
Jeśli tak, prosimy o wskazanie, w jaki sposób objawia się dysfunkcja narządu ruchu: .....  
.....  
.....  
.....

W przypadku ubiegania się o pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu, prosimy o wypełnienie tej części zaświadczenia:

Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, **stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu** powodującej niepełnosprawność wymaga zakupu i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu takich elementów jak:

(prosimy zakreślić właściwe pola )

<input type="checkbox"/>	dodatkowe pasy do mocowania wózka inw., uchwyty ułatwiające wsiadanie i wysiadanie
<input type="checkbox"/>	automatyczna skrzynia biegów, sprzęgło automatyczne, ręczny sterownik sprzęgła
<input type="checkbox"/>	elektrohydrauliczne mechanizmy do obniżania i podnoszenia nadwozia
<input type="checkbox"/>	specjalne siedzenia, specjalny fotel pasażera (w tym fotelik dziecięcy)
<input type="checkbox"/>	elektroniczna obręcz przyspieszenia
<input type="checkbox"/>	ręczny gaz – hamulec
<input type="checkbox"/>	przedłużenie pedałów
<input type="checkbox"/>	sterowanie elektroniczne
<input type="checkbox"/>	podnośnik lub najazd/podjazd/rampa podjazdowa do wózka inwalidzkiego
<input type="checkbox"/>	przeniesienie dźwigni lub pedałów, przełączników
<input type="checkbox"/>	system wspomagania parkowania
<input type="checkbox"/>	inne (jakie?):

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

(miejscowość)

(data)

.....  
pieczętka, nr i podpis lekarza