

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

(prosimy zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką)

<input type="checkbox"/>	Wrodzony brak lub amputacja obu kończyn górnych, na wysokości od:	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Znacznie obniżona sprawność ruchowa w zakresie obu kończyn górnych (wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii m. in. porażenie mózgowe, choroby neuromięśniowe) w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego, objawiająca się:	pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia
(miejscowość)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza