......................................................... .............................., dnia ……………………..

Stempel zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

# ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE lekarza specjalisty

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach 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 właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczątką):*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Wrodzony brak lub amputacja obu kończyn górnych, na wysokości od: ..................................................................................... | pieczątka, nr i podpis lekarza |
|  | 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:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………... | pieczątka, nr i podpis lekarza |

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

(miejscowość) pieczątka, nr i podpis lekarza