

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

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE¹

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

dotyczy osób z dysfunkcją narządu ruchu – wrodzony brak lub amputacja obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia lub dysfunkcja charakteryzująca się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych w stopniu utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że dysfunkcja narządu ruchu Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole):

<input type="checkbox"/>	wrodzony brak lub amputacja obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia
<input type="checkbox"/>	dysfunkcja charakteryzująca się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego

.....
pieczętka, nr i podpis

¹ Zaświadczenie wystawia lekarz specjalista o specjalności związanej z rodzajem niepełnosprawności Pacjenta, nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku