

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

....., dnia

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis): .....

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

	Wrodzony brak lub amputacja <b>obu kończyn górnych</b> co najmniej w obrębie przedramienia	pieczętka, nr i podpis lekarza
	Dysfunkcja charakteryzująca się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie <b>obu kończyn górnych</b> 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

....., dnia .....  
(miejsceowość) (data)

.....  
pieczętka, nr, i podpis lekarza