

.....
Pieczątką zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
wystawione przez lekarza specjalistę

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
Moduł I Obszar B Zadanie 1

- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. PESEL
3. Adres zamieszkania.....
.....
4. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej** lub na podstawie bezpośredniego badania stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką**):

<input type="checkbox"/>	wrodzony brak lub amputacja obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	dysfunkcja charakteryzująca się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego, wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii (m.in. porażenia mózgowo, choroby neuromięśniowe)	pieczętka, nr i podpis lekarza