

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 .....

PESEL

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

<input type="checkbox"/>	Wrodzony brak obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja obu kończyn górnych - co najmniej w obrębie przedramienia	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Znacznie obniżona sprawność ruchowa obu kończyn górnych w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego, wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii (m.in. porażenie mózgowie, choroby neuromięśniowe).	pieczętą, nr i podpis lekarza