

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

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

1	Wrodzony brak lub amputacja obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia tak nie	pieczętka, nr i podpis lekarza
2	Znacznie obniżona sprawność ruchowa w zakresie obu kończyn górnych w stopniu wykluczającym lub znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego, wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii (m.in. porażenia mózgowo, choroby neuromięśniowe) tak nie	pieczętka, nr i podpis lekarza

4. Czy schorzenie/niepełnosprawność ma charakter stały/czasowy (proszę uzupełnić słownie):

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....
pieczętka, nr_ i podpis lekarza

Zaświadczenie musi zostać wydane przez lekarza specjalistę,

wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku