

Załącznik nr 2b do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” – obszar B zadanie nr 1

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach 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 dotyczy¹ (**proszę zakreślić właściwe pole/pola oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**):

1	Wrodzony brak lub amputacja obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	pieczętąka, nr i podpis lekarza
2	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 mózgowie, choroby neuromięśniowe) <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	pieczętąka, nr i podpis lekarza

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

....., dnia

(miejscowość) (data)

.....
 pieczętąka, nr i podpis lekarza

Zaświadczenie musi zostać wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności!

wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku

¹ Zaświadczenie lekarskie dotyczy funkcjonowania kończyn górnych u pacjenta.