

.....

Pieczętka 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**

Imię i nazwisko Pacjenta.....

PESEL

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy dysfunkcji narządu ruchu w następującym zakresie:

1.	Wrodzony brak lub amputacja obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia	<p>.....</p> <p>pieczętka, nr i podpis lekarza</p>
2.	Dysfunkcja charakteryzująca się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych w stopniu wykluczającym lub znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego, wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii (m. in. porażenie mózgowe, choroby neuromięśniowe)	<p>.....</p> <p>pieczętka, nr i podpis lekarza</p>