

.....  
**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

.....

2. PESEL

3. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis):

.....

4. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie:

.....

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

|                          |  |                                      |
|--------------------------|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych<br>.....                    | data, pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Wrodzony brak lub amputacja obu kończyn górnych, na wysokości/od:..... | data, pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:.....           | data, pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Inne schorzenia:.....  | data, pieczętka, nr i podpis lekarza |