

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

....., dnia

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” B1

- *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 .....	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