

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
(miejsowość, data)

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, (**proszę zakreślić właściwe pole**
oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):

<input type="checkbox"/>	Wrodzony brak obu kończyn górnych w obrębie	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja obu kończyn górnych w obrębie	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja charakteryzująca się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego, wynikające z następujących schorzeń: oraz stwierdzam:	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	jednoczesną dysfunkcję obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	jednoczesną dysfunkcję obu kończyn górnych i jednej kończyny dolnej	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza