……

Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

……..
(miejscowość, 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 pieczątką***):

☐	Wrodzony brak obu kończyn górnych w obrębie ……	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐	Amputacja obu kończyn górnych w obrębie ……	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐ Dysfunkcja chrakteryzująca 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:		pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐	jednoczesną dysfunkcję obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐	jednoczesną dysfunkcję obu kończyn górnych i jednej kończyny dolnej	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐	Inne schorzenia:.....	pieczątka, **nr** i podpis lekarza

....., dnia ..... ……

(**miejscowość**) (**data**) pieczątka, nr_ i podpis lekarza