

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

.....  
(miejsowość, data)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach 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 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:	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