

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

....., **dnia**

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 lub badania** stwierdza się, że u Pacjenta występuje
(proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):

1.	<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
dysfunkcja obu kończyn górnych:			
	<input type="checkbox"/>	wynika z wrodzonego braku obu kończyn górnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
	<input type="checkbox"/>	wynika z amputacji obu kończyn górnych na wysokości/od:	pieczętka, nr i podpis lekarza
	<input type="checkbox"/>	wynika ze schorzeń (jakich?) i charakteryzuje się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego	pieczętka, nr i podpis lekarza
2.	<input type="checkbox"/>	Brak dysfunkcji obu kończyn górnych	pieczętka, nr i podpis lekarza

....., **dnia**

(**miejsowość**)

(**data**)

.....
 pieczętka, nr i podpis lekarza