

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

....., dnia

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. Opis rodzaju schorzenia/niepełnosprawności

.....

.....

4. Dysfunkcja obu kończyn górnych: tak nie

<input type="checkbox"/>	Wrodzony brak obu kończyn górnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja obu kończyn górnych - co najmniej w obrębie przedramienia	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja obu kończyn górnych charakteryzująca się znacznie obniżoną sprawnością ruchową (w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego)	pieczętka, nr i podpis lekarza

(proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką)

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....
(pieczętka, i podpis lekarza specjalisty)