

.....
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. Opis rodzaju schorzenia/niepełnosprawności

.....

.....

4. Dysfunkcja obu kończyn górnych: ☐ tak ☐ nie

☐	Wrodzony brak obu kończyn górnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Amputacja obu kończyn górnych - co najmniej w obrębie przedramienia	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	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)