……
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- ***prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim***

1. Imię i nazwisko .....

2. PESEL ……..

3. Dysfunkcja kończyn górnych :

☐ Wrodzony brak

☐ Amputacja kończyn górnych co najmniej w obrębie przedramienia

☐ Dysfunkcja charakteryzująca się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego (wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii m.in. porażenia mózgowe, choroby neuromięśniowe)

4. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis): ……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……, dnia …… ……

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