

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
(wystawione przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności
Wnioskodawcy/Podopiecznego) - **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 mózgowego, choroby neuromięśniowe)

4. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....

pieczętka, nr_ i podpis lekarza specjalisty