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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach 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 mózgowe, choroby neuromięśniowe)

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

……

……...

……

……

……

……

……

……

……

……

……., dnia ....

(**miejscowość**) (**data**)

pieczątka, nr_ i podpis lekarza specjalisty