

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
 lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” Moduł I, Obszar B, Zadanie 1
 - ***prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim***

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. Nr PESEL
3. Rodzaj schorzenia (opis)

4. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy:

☐	Dysfunkcja obu kończyn górnych – wrodzony brak obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia	pieczętka, nr_ i podpis lekarza specjalisty
☐	Dysfunkcja obu kończyn górnych – amputacja obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia	pieczętka, nr_ i podpis lekarza specjalisty
☐	Dysfunkcja obu kończyn górnych – charakteryzująca się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego	pieczętka, nr_ i podpis lekarza specjalisty
☐	Nie występuje żadna z powyższych dysfunkcji narządu ruchu w zakresie kończyn górnych	pieczętka, nr_ i podpis lekarza specjalisty

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

(pieczętka, nr_ i podpis lekarza specjalisty)