

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

....., **dnia**

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE<sup>1</sup>**  
 (dotyczy osób z dysfunkcją narządu **ruchu**)

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

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. PESEL

3. **Zakres dysfunkcji kończyn górnych i /lub dolnych pacjenta (opis):** .....

.....

4. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie.....

.....

5. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej** stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętką**):

<input type="checkbox"/>	Brak obu kończyn górnych ( wrodzony lub w wyniku amputacji ) , na wysokości/od:..... .....	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:..... ..... Wynikający ze schorzeń o różnej etiologii ( m.in. porażenie mózgowie, choroby neuromięśniowe ): ..... .....	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia:..... .....	pieczętka, nr i podpis lekarza

....., **dnia** .....

(miejsowość)

(data)

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza