Załącznik nr 4 do formularza wniosku w ramach programu „Aktywny samorząd”
Moduł I Obszar B Zadanie 1

..... ……, dnia……..…….
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wystawione przez lekarza specjalistę
wydane dla potrzeb programu **„Aktywny samorząd”**
prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....
2. PESEL ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
3. **Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta będącej następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia(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 jedno – właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczątką):

☐	Wrodzony brak kończyn górnych co najmniej w obrębie przedramienia	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐	Amputacja obu kończyn górnych co najmniej w obrębie przedramienia	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐	Dysfunkcja charakteryzująca się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych w stopniu wykluczającym lub znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii (m.in. porażenia mózgowego, chorób neuromięśniowych)	pieczątka, **nr** i podpis lekarza

....., dnia .....20…....r. .....
(**miejscowość**) (**data**) pieczątka, nr_ i podpis lekarza