

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

....., dnia

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....
2. PESEL \_ \_ \_ \_ \_
3. Rodzaj schorzenia Pacjenta (opis): .....
- .....
- .....
4. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**):

<input type="checkbox"/>	Wrodzony brak lub amputacja obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja obu kończyn górnych charakteryzująca się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego* wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii	pieczętąka, nr i podpis lekarza

5. Opis zakresu dysfunkcji narządu ruchu Pacjenta:

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

.....  
miejsowość / data

.....  
pieczętąka, nr i podpis lekarza

\*Zgodnie z definicją programu Aktywny samorząd przez **sprzęt elektroniczny** należy rozumieć **komputer (stacjonarny lub mobilny) lub współpracujące z nim urządzenia i dedykowane oprogramowanie.**