

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

### **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

– lekarza specjalisty o specjalizacji związanej z rodzajem niepełnosprawności 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. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że u Pacjenta występuje:**  
(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 (m.in. porażenia mózgowe, choroby neuromięśniowe)	pieczętąka, nr i podpis lekarza

4. **Rodzaj schorzenia i opis zakresu dysfunkcji narządu ruchu Pacjenta:**

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

Miejscowość: ....., dnia .....

.....  
pieczętąka, nr\_ i podpis lekarza