

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

.....**dnia**

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” (B1)
- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

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

☐	Wrodzony brak lub amputacja obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
☐	Znacznie obniżona sprawność ruchowa w zakresie obu kończyn górnych w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego, wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii (m.in. porażenie mózgowie, choroby neuromięśniowe)	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty

....., dnia

(**miejsowość**)

(**data**)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty