

.....  
Pieczętka podmiotu leczniczego  
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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 w/w Pacjent w wyniku schorzeń stanowiących podstawę wydania orzeczenia o niepełnosprawności posiada znaczną dysfunkcję obu kończyn górnych w zakresie:

<input type="checkbox"/>	Wrodzony brak lub amputacja obu kończyn górnych, co najmniej w obrębie przedramienia	Potwierdzenie lekarza- pieczęć i podpis
<input type="checkbox"/>	Wrodzony brak lub amputacja jednej kończyny górnej, co najmniej w obrębie przedramienia, a druga kończyna górna ze znacznie obniżoną sprawnością ruchową w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego.	Potwierdzenie lekarza- pieczęć i podpis
<input type="checkbox"/>	Znacznie obniżona sprawność ruchowa w zakresie obu kończyn górnych w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego	Potwierdzenie lekarza- pieczęć i podpis

....., dnia .....  
(miejscowość) (data)

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