

.....

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

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

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 niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (proszę zaznaczyć odpowiednie pole):

- ☐ wrodzonego braku lub amputacji obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia;
- ☐ dysfunkcji charakteryzującej się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego, wynikającej ze schorzeń o różnej etiologii (m.in. porażenia mózgowe, choroby neuromięśniowe).

.....

pieczętka, podpis lekarza specjalisty