

.....  
**Pieczętka** zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

.....  
Miejscowość, data

### **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. Zaświadczam, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (*prosimy 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 mózgowie, choroby neuromięśniowe).

.....  
pieczętka, podpis lekarza specjalisty