

.....  
**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:

1) stan zdrowia osoby z niepełnosprawnością oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie się i przemieszczanie przy pomocy ręcznego wózka inwalidzkiego; brak takiej możliwości powinien wynikać z dysfunkcji charakteryzującej się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie co najmniej jednej kończyny dolnej i górnej;

2) korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji i nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu;

3) korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn;

4) nie istnieją przeciwwskazania do korzystania z wózka o napędzie elektrycznym (np. utraty przytomności, epilepsja);

5) zakres i rodzaj ograniczeń stanowi poważne utrudnienie w samodzielnym funkcjonowaniu osoby z niepełnosprawnością.

.....  
pieczętka, podpis lekarza specjalisty