

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia
miejscowość

ZASWIADCZENIE LEKARSKIE
wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”
- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

Zaświadcza się, że
(imię i nazwisko pacjenta)

zamieszkały(a)
(miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

nr PESEL jest osobą niepełnosprawną w niżej wskazanym zakresie
(**proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**):

☐ Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych pieczęć, nr i podpis lekarza	☐ Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych pieczęć, nr i podpis lekarza
☐ Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych pieczęć, nr i podpis lekarza	☐ Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej pieczęć, nr i podpis lekarza
Brak obu kończyn górnych, ☐ na wysokości/od: pieczęć, nr i podpis lekarza	
☐ dysfunkcja charakteryzującą się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego, wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii (m.in. porażenia mózgowie, choroby neuromięśniowej), tj.: pieczęć, nr i podpis lekarza	
Inne schorzenia: ☐ pieczęć, nr i podpis lekarza	

Dodatkowe informacje dotyczące ruchowej niepełnosprawności pacjenta:

.....
.....
.....
Używane przez pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby
w tym zakresie:
.....
.....

.....
pieczęć, nr i podpis lekarza