

.....  
Stempel zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

.....  
Miejscowość, data

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA<sup>1</sup>

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” (B1)

dotyczy osób z dysfunkcją narządu ruchu - wrodzony brak lub amputacja obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia lub dysfunkcja charakteryzująca się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego.

- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim -

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

PESEL

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że dysfunkcja narządu ruchu Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole ):

<input type="checkbox"/>	wrodzony brak lub amputacja obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia
<input type="checkbox"/>	dysfunkcja charakteryzująca się <b>znacznie</b> obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych w stopniu <b>znacznie</b> utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego

.....  
(miejscowość i data)

.....  
pieczęć, nr i podpis

<sup>1</sup> Zaświadczenie wystawia lekarz specjalista o specjalności związanej z rodzajem niepełnosprawności Pacjenta, nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku