

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

.....
Miejscowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA¹

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach 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 znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego |

.....
(miejscowość i data)

.....
pieczęćka, nr i podpis

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