

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

....., dnia

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
DLA OSÓB Z DYSFUNKCJĄ NARZĄDU RUCHU**
wydane przez lekarza specjalistę adekwatnie do rodzaju niepełnosprawności
do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. PESEL
3. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis):
4. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**):

<input type="checkbox"/>	Wrodzony brak lub amputacja obu kończyn górnych co najmniej w obrębie przedramienia	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja charakteryzująca 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 (np. porażenia mózgowie, choroby neuromięśniowe)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne przyczyny dysfunkcji obu kończyn górnych:	pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia

(**miejsowość**)

(**data**)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza