

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

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności
wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta
 2. PESEL
 3. Rodzaj choroby zasadniczej:
-
-

- skuter inwalidzki

- oprzyrządowanie elektryczne do wózka ręcznego

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

- ▶ osoba niepełnosprawna nie ma możliwości samodzielnego poruszania i przemieszczania się,

tak nie

- ▶ zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych osoby ubiegającej się o pomoc, stanowią poważne utrudnienia w jej samodzielnym funkcjonowaniu,

tak nie

- ▶ korzystanie z przedmiotu dofinansowania jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu),

tak nie

- ▶ korzystanie z przedmiotu dofinansowania nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn, nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania z przedmiotu dofinansowania;

tak nie

- ▶ nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania z przedmiotu dofinansowania.

tak nie

....., dnia

(**miejsowość**)

(**data**)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza