

**Zaświadczenie może być wydane tylko przez lekarza specjalistę
o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności.**

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

....., dnia
(miejscowość) (dnia)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” Moduł I Obszar B Zadanie 1
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta.....
2. PESEL
3. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis czytelny):
.....
.....
4. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie:
.....
5. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej** stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić znakiem X właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczęcią):

☐	Wrodzony brak lub amputacja obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia	pieczęć, nr i podpis lekarza
☐	Znacznie obniżona sprawność ruchowa w zakresie obu kończyn górnych w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego, wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii występująca w postaci: (m.in. porażenie mózgowe, choroby neuromięśniowe), (proszę podać!)	

UWAGA!

1. W przypadku braku pieczęci lub podpisu w rubrykach do tego przeznaczonych, a także danych w poszczególnych rubrykach zaświadczenia, zaświadczenie zostanie zwrócone Wnioskodawcy celem uzupełnienia.
2. W przypadku dokonywania skreśleń i poprawek w zaświadczeniu, należy potwierdzać ten fakt czytelnym podpisem osoby dokonującej skreśleń i poprawek.
3. Zaświadczenie musi być wypełnione czytelnie w języku polskim i wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku.