

.....
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 C Zadanie 4
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. PESEL
3. Stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić znakiem X właściwe pole
☐ **oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**):

☐	Amputacja w zakresie ręki	pieczętą, nr i podpis lekarza
☐	Amputacja w zakresie przedramienia	
☐	Amputacja w zakresie ramienia lub wyluszczenie w stawie	
☐	Amputacja na poziomie stopy lub podudzia	
☐	Amputacja na wysokości uda (także przez staw kolanowy)	
☐	Amputacja w zakresie uda lub wyluszczenie w stawie biodrowym	

Przyczyna amputacji kończyny: ☐ uraz ☐ inna, jaka:

Aktualny stan procesu chorobowego: ☐ stabilny ☐ niestabilny

Ocena zdolności do pracy w wyniku zaopatrzenia w protezę, w której zastosowane zostaną nowoczesne rozwiązania techniczne:

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
pieczętą, nr i podpis lekarza

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.