

.....  
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

....., dnia .....  
miejsowość

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**- lekarza specjalisty o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności**  
wydane nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku o dofinansowanie  
w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
**- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. PESEL:

3. Rodzaj schorzenia (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 obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	amputacja obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	dysfunkcja charakteryzująca się znacznie obniżoną sprawnością ruchową obu kończyn górnych w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego, wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii (m.in. porażenie mózgowe, choroby neuromięśniowe)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Żadna z opisanych powyżej dysfunkcji narządu ruchu w zakresie obu kończyn górnych - nie występuje	pieczętka, nr i podpis lekarza

.....  
pieczętka, nr i podpis lekarza