

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

....., dnia .....  
miejscowość

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

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

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. PESEL:

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że:

**(prosimy o zaznaczenie właściwego pola przy każdym stwierdzeniu)**

<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Brak możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej	
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu)	
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn	
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym	

.....  
pieczętka, nr i podpis lekarza