

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

....., dnia

### **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”

- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

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

<input type="checkbox"/>	Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od:.....	pieczętą, <b>nr</b> i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:.....	pieczętą, <b>nr</b> i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia:.....	pieczętą, <b>nr</b> i podpis lekarza

....., dnia .....

(**miejscość**)

(**data**)

.....

**pieczętą, nr\_ i podpis lekarza**