

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

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
– prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. PESEL

3. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej** stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole/pola  oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):

<b>1</b>	Wrodzony brak lub amputacja obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia  <input type="checkbox"/> <b>tak</b> <input type="checkbox"/> <b>nie</b>	pieczętka, <b>nr</b> i podpis lekarza
<b>2</b>	Znacznie obniżona sprawność ruchowa w zakresie obu kończyn górnych w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego, wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii (m.in. porażenia mózgowie, choroby neuromięśniowe)  <input type="checkbox"/> <b>tak</b> <input type="checkbox"/> <b>nie</b>	pieczętka, <b>nr</b> i podpis lekarza

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

(miejscowość )

(data)

.....  
pieczętka, nr i podpis lekarza

**Zaświadczenie musi zostać wydane przez lekarza specjalistę,**

wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku