

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

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
(osoby z dysfunkcją narządu ruchu)

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. Niepełnosprawność ruchowa Pacjenta:

- dysfunkcji obu kończyn górnych: tak nie
- braku obu kończyn górnych tak nie

(jeżeli tak): na wysokości/od:.....
.....

- znaczny niedowład obu kończyn górnych tak nie

(jeżeli tak): objawiający się znacznie obniżoną sprawnością ruchową wynikającą ze
schorzeń o różnej etiologii:

porażenie mózgowie choroby neuromięśniowe

inne, jakie:

4. Obniżenie sprawności ruchowej wyklucza korzystanie z podstawowego (standardowego)
sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania tak nie

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza