

....., dnia

(stempel zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej) (miejsowość)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza specjalistę (o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności) do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej zaświadcza się, że dysfunkcja obu kończyn górnych Pacjenta dotyczy:

- wrodzony brak lub amputacja obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia
- dysfunkcja charakteryzująca się **znacznie** obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych w stopniu **znacznie** utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego

....., dnia

(miejsowość) (pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty)