

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

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE¹
(dotyczy osób 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. Zakres dysfunkcji kończyn górnych i /lub dolnych pacjenta (opis):
.....
4. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie.....
.....
5. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**):

☐	Brak obu kończyn górnych (wrodzony lub w wyniku amputacji) , na wysokości/od:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:..... Wynikający ze schorzeń o różnej etiologii (m.in. porażenie mózgowie, choroby neuromięśniowe): W stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego.	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Inne schorzenia:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia

(**miejsowość**)

(**data**)

pieczętka, nr i podpis lekarza

¹ Zaświadczenie powinno być wystawione przez lekarza specjalistę, nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku do PCPR w Sandomierzu.