

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

....., dnia

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE<sup>1</sup>**  
(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 pieczętką**):

<input type="checkbox"/>	Brak obu kończyn górnych ( wrodzony lub w wyniku amputacji ) , na wysokości/od:..... .....	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:..... ..... Wynikający ze schorzeń o różnej etiologii ( m.in. porażenie mózgowie, choroby neuromięśniowe ): .....	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza

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

(**miejsowość**)

(**data**)

pieczętka, nr i podpis lekarza

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