

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim oraz właściwie zaznaczyć**

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. PESEL
3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że: **dysfunkcja obu kończyn górnych Pacjenta dotyczy:**

Wrodzonego braku lub amputacji 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, wynikająca ze schorzeń etiologii (m.in. porażenia mózgowo, choroby neuromięśniowe)

....., dnia

(**miejsowość**)

(**data**)

.....
pieczętka, nr_ i podpis lekarza specjalisty