

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

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

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
DLA OSÓB Z DYSFUNKCJĄ OBU KOŃCZYN GÓRNYCH**

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
3. Rodzaj choroby zasadniczej.....
.....
.....
.....
.....
4. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że pacjent posiada niepełnosprawność:

DYSFUNKCJA OBU KOŃCZYN GÓRNYCH

- ☐ 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 wykluczającym lub znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego, wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii (m.in. . porażenia mózgowie, choroby neuromięśniowe)
- ☐ inna (jaka).....

....., dnia

(miejscowość)

(data)

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

Pouczenie: zaświadczenie nie może być wystawione wcześniej niż na 120 dni przed dniem złożenia wniosku