

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

....., **dnia**.....

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” (B1)
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

2. 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

dysfunkcji charakteryzującej się **znacznie** obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych w stopniu **znacznie** utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego, wynikającej ze schorzeń o różnej etiologii (m.in. porażenia mózgowego, choroby neuromięśniowej)

....., dnia

(**miejsowość**)

(**data**)

.....

pieczęć, nr i podpis lekarza