

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

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

dysfunkcja obu kończyn górnych Pacjenta dotyczy:

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 **znacznie** utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....

pieczętka, nr_ i podpis lekarza