

.....
(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**

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. PESEL
3. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej** stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole x oraz potwierdzić podpisem i pieczętką**):

☐	Brak obu kończyn górnych, co najmniej w obrębie przedramienia	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Dysfunkcja obu kończyn górnych (charakteryzująca się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych)	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Inne schorzenia:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

(pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty)