

.....
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:

☐ 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 mózgowie, choroby neuromięśniowe)

4. Zakres i rodzaj ograniczeń (zgodnie z pkt. 3) znacznie utrudnia korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania:

☐ TAK

☐ NIE

....., dnia

(**miejsowość**)

(**data**)

.....
pieczętka i podpis lekarza