

**Załącznik nr 2a**  
do wniosku w ramach modułu I  
obszar B zadanie 1

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

.....  
(miejscowość i data)

**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

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 mózgowo, 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 .....

**(miejscowość)**

**(data)**

.....  
**pieczętka i podpis lekarza**