

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

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**- lekarza specjalisty o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności**  
wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
**- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko:

.....

2. PESEL:

3. Opis schorzenia potwierdzającego, iż następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu (należy wypełnić w przypadku, gdy dysfunkcja narządu ruchu nie jest przyczyną wydania orzeczenia o niepełnosprawności)

.....  
.....  
.....  
.....

4. Uzasadnienie zakup/montaż oprzyrządowania do posiadanego samochodu (jeśli dotyczy)

.....  
.....  
.....  
.....

5. Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu powodującej niepełnosprawność wymaga oprzyrządowania do posiadanego samochodu, w tym dostosowania do indywidualnych potrzeb związanych z rodzajem niepełnosprawności lub wyposażenia samochodu, które umożliwia użytkowanie samochodu przez osobę niepełnosprawną z dysfunkcją ruchu lub przewożenie samochodem osoby niepełnosprawnej oraz niezbędnego sprzętu rehabilitacyjnego

<input type="checkbox"/>	dodatkowe pasy, uchwyty ułatwiające wsiadanie i wysiadanie	Pieczętka , nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	automatyczna skrzynia biegów, sprzęgło automatyczne, ręczny sterownik sprzęgła	Pieczętka , nr i podpis lekarza

<input type="checkbox"/>	elektrohydrauliczne mechanizmy do obniżania i podnoszenia nadwozia	Pieczętka , nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Specjalne siedzenia	Pieczętka , nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Elektroniczna obręcz przyspieszenia	Pieczętka , nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Ręczny gaz - hamulec	Pieczętka , nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Przedłużenie pedałów	Pieczętka , nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Sterowanie elektroniczne	Pieczętka , nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Podnośnik lub najazd do wózka inwalidzkiego	Pieczętka , nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Przeniesienie dźwigni lub pedałów, przełączników	Pieczętka , nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	System wspomagania parkowania	Pieczętka , nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne, jakie: ..... .....	Pieczętka , nr i podpis lekarza

....., dnia .....  
(miejscowość) (data)

.....  
(pieczętka , nr i podpis lekarza)