

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

– lekarza specjalisty o specjalizacji związanej z rodzajem niepełnosprawności

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. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis):
.....
.....
4. Rodzaj sprzętu elektronicznego lub jego elementów wraz z oprogramowaniem wskazany dla Pacjenta z uwagi na likwidację barier w dostępie do uczestnictwa w społeczeństwie informacyjnym.....
.....
.....
5. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej** stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**):

| | | |
|--------------------------|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Wrodzony brak lub amputacja obu kończyn górnych - co najmniej w obrębie przedramienia | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Dysfunkcja obu kończyn górnych charakteryzująca się znacznie obniżoną sprawnością ruchową wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii | pieczętka, nr i podpis lekarza |

....., dnia
(miejscowość) (data)

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