

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

....., dnia .....

### 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. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis): .....
4. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie: .....
5. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej** stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**):

	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętka, <b>nr</b> i podpis lekarza
	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczętka, <b>nr</b> i podpis lekarza
	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczętka, <b>nr</b> i podpis lekarza
	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczętka, <b>nr</b> i podpis lekarza
	Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od:.....	pieczętka, <b>nr</b> i podpis lekarza
	Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:.....	pieczętka, <b>nr</b> i podpis lekarza
	Inne schorzenia:.....	pieczętka, <b>nr</b> i podpis lekarza