

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

....., dnia

### 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

**Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:**

**dysfunkcja obu kończyn górnych Pacjenta dotyczy:**

wrodzony brak lub amputacja obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia

dysfunkcja charakteryzująca się **znacznie** obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych w stopniu **znacznie** utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego

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

(miejscowość)

(data)

.....

pieczętka, nr\_ i podpis lekarza