

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

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

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

1. Imię i nazwisko .....

2. PESEL .....

3. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy: (proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):**

dysfunkcja obu kończyn górnych (rozumiana jako 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, wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii (m.in. porażenia mózgowie, choroby nerwomięśniowe).

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

(miejscowość )

.....

pieczętka i podpis lekarza