

**Załącznik nr 1 do wniosku w ramach programu „Aktywny samorząd”
MODUŁ I Obszar A Zadanie 1**

.....

Miejscowość, dnia

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

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):

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

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	(pieczętka, nr i podpis lekarza)
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	(pieczętka, nr i podpis lekarza)
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	(pieczętka, nr i podpis lekarza)
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	(pieczętka, nr i podpis lekarza)
<input type="checkbox"/>	Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od:	(pieczętka, nr i podpis lekarza)
<input type="checkbox"/>	Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:.....	(pieczętka, nr i podpis lekarza)
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia:	(pieczętka, nr i podpis lekarza)

Prosimy o wypełnienie także drugiej strony

1. Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu powodującej niepełnosprawność wymaga montażu następującego specjalistycznego oprzyrządowania do samochodu: **(proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą)**

<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)