

**Załącznik nr 1 do wniosku w ramach programu „Aktywny samorząd”
MODUŁ I Obszar A Zadanie 2**

..... 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)

....., dnia
(miejscowość) (data)

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