

**Załącznik do wniosku w ramach programu „Aktywny samorząd”
MODUŁ I OBSZAR B zad 1 dysfunkcja obu kończyn górnych**

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

<input type="checkbox"/>	Wrodzony brak obu kończyn górnych na wysokości/od:	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja obu kończyn górnych na wysokości/od:	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Znacznie obniżona sprawność ruchowa w zakresie obu kończyn górnych wynikającą ze schorzeń o różnej etiologii (m.in. porażenia mózgowo, choroby neuromięśniowe)	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)