

.....  
**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**- lekarz specjalista o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności  
wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. PESEL           3. Opis schorzenia potwierdzający, iż następstwem schorzeń, stanowiących podstawę wydania orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu (*należy wypełnić w przypadku, gdy dysfunkcja narządu ruchu nie jest przyczyną wydania orzeczenia dot. niepełnosprawności, ale jest konsekwencją ujętych w orzeczeniu schorzeń*):.....  
.....  
.....

4. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby, w tym zakresie: .....

.....

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

<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)