

.....  
 Pieczęć placówki ochrony zdrowia  
 praktyki lekarskiej

....., dnia ..... lub

### 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. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie: .....
5. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej** stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy  
 (proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem opatrzonym pieczęcią):

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

