

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(lekarz specjalista)

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. Rodzaj sprzętu elektronicznego lub jego elementów wraz z oprogramowaniem wskazany dla Pacjenta z uwagi na likwidację barier w dostępie do uczestnictwa w społeczeństwie informacyjnym.

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

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

<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja obu kończyn górnych (rozumiana jako wrodzony brak lub amputacja obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Znacznie obniżonej sprawności ruchowej w zakresie obu kończyn górnych w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego, wynikającej ze schorzeń o różnej etiologii (np. porażenie mózgowie, choroby neuromięśniowe) Objawiająca się:	pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza