

.....  
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

....., dnia.....

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE  
DLA OSÓB Z DYSFUNKCJĄ OBU KOŃCZYN GÓRNYCH**

**Wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności**  
**do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”**  
**- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....
2. PESEL
3. Rodzaj choroby zasadniczej.....  
.....  
.....  
.....
4. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że pacjent posiada niepełnosprawność:

**DYSFUNKCJA OBU KOŃCZYN GÓRNYCH**

- ☐ wrodzony brak lub amputacja obu kończyn górnych co najmniej w obrębie przedramienia
- ☐ dysfunkcja charakteryzująca się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych, w stopniu wykluczającym lub znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego, wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii ( m.in. . porażenia mózgowie, choroby neuromięśniowe)
- ☐ inna (jaka).....

....., dnia .....  
(miejscowość) (data)

.....  
pieczętka, nr\_ i podpis lekarza specjalisty

**Pouczenie: zaświadczenie nie może być wystawione wcześniej niż na 120 dni przed dniem złożenia wniosku**