

**Moduł I Obszar B Zadanie 1**

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

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

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”

**proszę 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, uzupełnić  oraz potwierdzić podpisem i pieczętką): :

<input type="checkbox"/>	Znacznie obniżona sprawność ruchowa w zakresie obu kończyn górnych w stopniu <i>*znacznie utrudniającym/lekko utrudniającym/nie wpływającym</i> na korzystanie ze standardowego sprzętu komputerowego wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii min.:  ..... (odpowiednie wpisać) <i>*niepotrzebne skreślić</i>	pieczętka, <b>nr</b> i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych w stopniu .....	pieczętka, <b>nr</b> i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczętka, <b>nr</b> 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"/>	Wrodzony brak obu kończyn górnych, w obrębie .....	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja obu kończyn górnych, w obrębie ..... .	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Czy dysfunkcja wyklucza lub znacznie utrudnia korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego?  <input type="checkbox"/> TAK  <input type="checkbox"/> NIE	pieczętka, nr i podpis lekarza

\*W przypadku pomyłki proszę o poprawienie jej poprzez przekreślenie i podpisanie się obok

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

(miejsowość)

.....  
 (pieczętka, nr i podpis lekarza)

*Załącznik nr 3d do formularza wniosku w ramach programu „Aktywny samorząd”*