

.....  
stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

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

## 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. Stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**):

<input type="checkbox"/>	Amputacja w obrębie ręki	Pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja w obrębie przedramienia	Pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja w obrębie ramienia z wyluszczeniem w stawie barkowym	Pieczętka, nr i podpis lekarza

