.....

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd"
- ***prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim***

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....
2. PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
3. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej** stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (***proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczątką***):

☐	Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od:.....	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐	Znacznie obniżona sprawność ruchowa w zakresie obu kończyn górnych objawiająca się: ……..	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐	Inne schorzenia:.....	pieczątka, **nr** i podpis lekarza