

**UWAGA:**

Przez pojęcie „dysfunkcji obu kończyn górnych” (w przypadku Obszaru B zadanie 1 programu „Aktywny Samorząd”) - należy rozumieć stan potwierdzony zaświadczeniem lekarskim: wrodzony brak lub amputację obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia, a także dysfunkcję charakteryzującą się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego, wynikającą ze schorzeń o różnej etiologii (m. in. porażenie mózgowe, choroby neuromięśniowe).

.....  
**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. Zakres dysfunkcji obu kończyn górnych pacjenta (opis):

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

4. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie: .....

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

5. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy:

**(proszę wpisać w odpowiednich polach znak X oraz potwierdzić podpisem i pieczętą):**

<input type="checkbox"/>	Wrodzony brak obu kończyn górnych (co najmniej w obrębie przedramienia)	pieczętą, nr i podpis lekarza
--------------------------	---	-------------------------------

