Załącznik nr 1 do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”
Moduł I Zadanie B1 – pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania (dysfunkcja narządu ruchu)

…… ……, dnia ……
stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

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. Zakres dysfunkcji narządu ruchu 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 zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczątką):

☐	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczątka, nr i podpis lekarza
☐	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczątka, nr i podpis lekarza
☐	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczątka, nr i podpis lekarza
☐	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczątka, nr i podpis lekarza
☐	Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od: …….	pieczątka, nr i podpis lekarza
☐	Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się: …….	pieczątka, nr i podpis lekarza
☐	Inne schorzenia: ……. ……. ……. …….	pieczątka, nr i podpis lekarza

……., dnia ……. .....

(miejscowość) (data) pieczątka, nr i podpis lekarza