

.....
(pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej)

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny Samorząd”:

- 1) **Obszaru B, Zadanie 1 – pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania.**

Imię i nazwisko Pacjenta:

Adres Pacjenta:

PESEL:

1. Informacja o stanie zdrowia:	
a) Pacjent posiada dysfunkcje narządu ruchu: ☐ TAK ☐ NIE	 pieczętka, nr i podpis lekarza
b) Niepełnosprawność ruchowa dotyczy: ☐ brak lub amputacja jednej kończyny dolnej ☐ brak lub amputacja obu kończyn górnych ☐ znacznie obniżona sprawność ruchowa obu kończyn górnych, w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu komputerowego ☐ inne (jakie).....	 pieczętka, nr i podpis lekarza

c) Występująca dysfunkcja narządu ruchu jest konsekwencją schorzeń (stanowiących podstawę wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności) o charakterze: ☐ neurologicznych (10-N) ☐ całościowych zaburzeń rozwojowych (12-C) ☐ innych (jakich)	pieczęć, nr i podpis lekarza
--	-------------------------------------

.....
(data)

.....
(pieczęć, nr i podpis lekarza specjalisty)