

.....
(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: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	pieczętka, nr i podpis lekarza
b) Niepełnosprawność ruchowa dotyczy: <input type="checkbox"/> brak lub amputacja jednej kończyny dolnej <input type="checkbox"/> brak lub amputacja obu kończyn górnych <input type="checkbox"/> znacznie obniżona sprawność ruchowa obu kończyn górnych, w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu komputerowego <input type="checkbox"/> inne (jakie).....	pieczętka, nr i podpis lekarza

<p>c) Występująca dysfunkcja narządu ruchu jest konsekwencją schorzeń (stanowiących podstawę wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności) o charakterze:</p> <p><input type="checkbox"/> neurologicznych (10-N) <input type="checkbox"/> całościowych zaburzeń rozwojowych (12-C) <input type="checkbox"/> innych (jakich)</p>	<p>pieczętka, nr i podpis lekarza</p>
--	---------------------------------------

.....
(data)

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