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

*Załącznik do wniosku w ramach programu „Aktywny samorząd”*

***Moduł I Obszar B Zadanie nr 1***

**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej **, dnia**

lub praktyki lekarskiej

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 ****

1. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis):………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że dysfunkcja narządu ruchu Pacjenta dotyczy:
	* wrodzonego braku lub amputacji obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie

przedramienia

* + dysfunkcji charakteryzującej 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. porażenia, choroby neuromięśniowe)

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………. (podać rodzaj schorzenia)

........................................, dnia .............. ...............................................

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