

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” (B1)
dla osób poniżej 16 roku życia z dysfunkcją narządu kończyn górnych**

- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta:
2. PESEL
3. Adres zamieszkania:

W przypadku dysfunkcji obu kończyn górnych

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że w przypadku Pacjenta występuje (**proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką**):

<input type="checkbox"/>	Wrodzony brak lub amputacja obu kończyn górnych - co najmniej w obrębie przedramienia	pieczętka, nr_ i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja charakteryzująca się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego, wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii (m.in. porażenia mózgowie, choroby neuromięśniowe)	pieczętka, nr_ i podpis lekarza specjalisty

Czy dysfunkcja obu kończyn górnych Pacjenta w stopniu znacznym utrudnia korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego: tak nie

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....
pieczętka, nr_ i podpis lekarza specjalisty

Uwaga: Zaświadczenie powinno być wystawione przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności, nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku do Powiatu Jasielskiego / PCPR w Jaśle