

.....  
**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

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

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim** (wypełnia lekarz specjalista o specjalizacji związanej z rodzajem niepełnosprawności adresata programu)

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**):

|                          |  |                               |
|--------------------------|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych       | pieczętą, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych    | pieczętą, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych    | pieczętą, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej | pieczętą, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od:.....                        | pieczętą, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Amputacja obu kończyn górnych, na wysokości/od:.....                   | pieczętą, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:.....           | pieczętą, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Inne schorzenia:.....  | pieczętą, nr i podpis lekarza |

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

(miejsowość)

(data)

.....  
pieczętą, nr i podpis lekarza