

Załącznik do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach programu „Aktywny samorząd” **Moduł I Obszar B Zadanie 1 (Dysfunkcja obu kończyn górnych)**

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wystawione przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatne do rodzaju niepełnosprawności
wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”
- ***prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim***

1. Imię i nazwisko Pacjenta.....
2. PESEL
3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (*proszę zakreślić właściwe pole* ▪)::

▪	Wrodzony brak obu kończyn górnych w obrębie
▪	Amputacja obu kończyn górnych w obrębie
▪	Znacznie obniżona sprawność ruchowa w zakresie obu kończyn górnych (w stopniu utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego), wynikająca z:
▪	Inne schorzenia:.....

.....,
(miejscowość, data)

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