

Załącznik do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach programu „Aktywny samorząd” **Moduł I Obszar C Zadanie 5**

.....
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. Pacjent ma znacznie obniżoną sprawność ruchową w zakresie kończyn dolnych z powodu:

.....
.....

4. Osoba ma możliwość samodzielnego poruszania się i przemieszczania się:

- ☐ tak
- ☐ nie

5. Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych w/w stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu:

- ☐ tak
- ☐ nie

6. Korzystanie z przedmioty dofinansowania tj.,
jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu):

- ☐ tak
- ☐ nie

7. Korzystanie z przedmioty dofinansowania tj.,
wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn:

- ☐ tak
- ☐ nie

8. Występują przeciwwskazania do medyczne do korzystania z przedmiotu dofinansowania

- ☐ tak
- ☐ nie

.....
(miejscowość, data)

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