

.....  
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**

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. PESEL

3. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis): .....

.....

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

|                          |                                                                |                                |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Amputacja w zakresie ręki                                      | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Amputacja w zakresie przedramienia                             | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Amputacja w zakresie ramienia i wyluszczenia w stawie barkowym | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Amputacja na poziomie podudzia                                 | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Amputacja na wysokości uda                                     | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Amputacja na wysokości uda i wyluszczeniu w stawie biodrowym   | pieczętka, nr i podpis lekarza |