

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

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

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**Wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności  
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. 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 z wyluszczeniem 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 (także przez staw kolanowy)          | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Amputacja w zakresie uda z wyluszczeniem w stawie biodrowym     | pieczętka, nr i podpis lekarza |

**Przyczyna amputacji kończyny:**  uraz       inna, jaka:

**Aktualny stan procesu chorobowego:**  stabilny       niestabilny

**Ocena zdolności do pracy** w wyniku zaopatrzenia w protezę, w której zastosowane zostaną nowoczesne rozwiązania techniczne: .....

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

( **miejsowość** )

( **data** )

.....  
pieczętka, nr i podpis lekarza

- UWAGA!**
1. W przypadku braku pieczęci lub podpisu lekarza w rubrykach do tego przeznaczonych, a także danych w poszczególnych rubrykach zaświadczenia, zaświadczenie zostanie zwrócone Wnioskodawcy celem uzupełnienia.
  2. W przypadku dokonywania skreśleń i poprawek w zaświadczeniu, należy potwierdzać ten fakt czytelnym podpisem lekarza dokonującego skreśleń i poprawek.

**Pouczenie: zaświadczenie nie może być wystawione wcześniej niż na 120 dni przed dniem złożenia wniosku**