Moduł I Obszar A zadanie 2

……

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia ……

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza specjalistę adekwatnie do rodzaju niepełnosprawności
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. Zakres dysfunkcji jest następstwem schorzeń o charakterze:

   ☐ 10-N (neurologicznym)

   ☐ 12-C (całościowym)

   ☐ innych (jakich) …….

5. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej** stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjentadotyczy (***proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczątką):***

☐	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczątka, nr i podpis lekarza
☐	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczątka, nr i podpis lekarza
☐	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczątka, nr i podpis lekarza
☐	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczątka, nr i podpis lekarza
☐	Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od:.....	pieczątka, nr i podpis lekarza
☐	Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:.....	pieczątka, nr i podpis lekarza
☐	Inne schorzenia: ……	pieczątka, 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