

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
praktyki lekarskiej

....., **dnia**..... lub

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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 (opis):

.....
.....
.....

4. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej** stwierdza się, zasadność wyposażenia osoby niepełnosprawnej w przedmiot dofinansowania:

.....

	TAK	NIE	
a)	☐	☐	osoba niepełnosprawna nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się,
b)	☐	☐	zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych osoby ubiegającej się o pomoc, stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej,
c)	☐	☐	korzystanie z przedmiotu dofinansowania jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu),
d)	☐	☐	korzystanie z przedmiotu dofinansowania nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn,
e)	☐	☐	nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania z przedmiotu dofinansowania

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza