

.....
 Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
 lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE¹

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”
 - *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

1. Imię i nazwisko Pacjenta:
2. PESEL
3. Zakres dysfunkcji kończyn górnych i/lub dolnych pacjenta (opis):
-
-
4. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie:
-
-
5. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):

<input type="checkbox"/>	Brak obu kończyn górnych (wrodzony lub w wyniku amputacji), na wysokości/od:.....	pieczęćka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się: Wynikający ze schorzeń o różnej etiologii (jakich?):.....	pieczęćka i podpis lekarza

....., dniar.,
 (miejscowość) (data) (pieczęćka, nr i podpis lekarza)

¹ Zaświadczenie powinno być wystawione przez lekarza specjalistę, prowadzącego Pacjenta, nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku do MOPS w Rzeszowie