

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

Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
 lub praktyki lekarskiej

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu  
 „Aktywny Samorząd” – prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....  
 PESEL .....
2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się,  
 że dysfunkcja ruchu Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole  oraz  
 potwierdzić podpisem i pieczętą)

Dysfunkcja narządu ruchu powodująca problemy w samodzielnym przemieszczaniu się	TAK	<input type="checkbox"/>	pieczętąka, nr i podpis lekarza
	NIE	<input type="checkbox"/>	
Zgoda na użytkowanie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	TAK	<input type="checkbox"/>	pieczętąka, nr i podpis lekarza
	NIE	<input type="checkbox"/>	
Zgoda na użytkowanie oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego	TAK	<input type="checkbox"/>	pieczętąka, nr i podpis lekarza
	NIE	<input type="checkbox"/>	

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

(miejsowość)

(data)

pieczętąka, nr i podpis lekarza