

.....  
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”, Moduł I, Obszar C, zadanie 5  
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. Nr PESEL

#### Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

Pacjent posiada dysfunkcję charakteryzującą się znacznie obniżoną sprawnością ruchową  
w zakresie kończyn dolnych:

tak  nie

Pacjent nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się:

ma możliwość  nie ma możliwości

Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych osoby ubiegającej się o pomoc, stanowią poważne  
utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej:

stanowią  nie stanowią

Korzystanie z przedmiotu dofinansowania jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji  
(nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu):

wskazane  nie wskazane

Korzystanie z przedmiotu dofinansowania nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn:

nie wpłynie  wpłynie

Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania z przedmiotu dofinansowania:

nie ma przeciwwskazań  są przeciwwskazania

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

(miejscowość)

(data)

.....  
pieczętka, nr\_ i podpis lekarza specjalisty