#  Załącznik nr 7 do wniosku w ramach pilotażowego programu

#  „Aktywny samorząd” – Obszar B1-dorośli i dzieci

Stempel zakładu opieki zdrowotnej …………………………………………….

lub gabinetu lekarskiego miejscowość, data

# ZAŚWIADCZENIE LEKARZA SPECJALISTY

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

 - ***prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim***

1. Imię i nazwisko Pacjenta

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

1. PESEL
2. Adres zamieszkania

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

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Wrodzony brak obu kończyn górnych co najmniej w obrębie przedramienia  ……………………………  | pieczątka i podpis lekarza |
|  | Amputacja obu kończyn górnych co najmniej w obrębie przedramienia ……………………………. | pieczątka i podpis lekarza |
|  | Jednoczesna dysfunkcja charakteryzująca się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego, wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii /m.in. porażenie mózgowe, choroby neuromięśniowe - wpisać schorzenie/: …………………………………………………………………….…………………………………………………………………….  | pieczątka i podpis lekarza |