

.....  
Stempel zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej.....  
Miejscowość, data**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA<sup>1</sup>**w związku z ubieganiem się osoby niepełnosprawnej o dofinansowanie w ramach 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 niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (*proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętką*):

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej jednej kończyny górnej	
<input type="checkbox"/>	Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od: .....	
<input type="checkbox"/>	Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiają: .....	
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia: .....	

<sup>1</sup> Zaświadczenie wystawia lekarz specjalista o specjalności związanej z rodzajem niepełnosprawności Pacjenta