

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

....., **dnia**.....

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. PESEL

3. Rodzaj schorzenia (opis): .....

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

<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja wzroku – ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym jest równa lub poniżej 0,05	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja wzorku – zwężenie pola widzenia do 20 stopni	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja wzroku – ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym jest równa lub poniżej 0,1	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja wzroku – zwężenie pola widzenia 30 stopni	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcji obu kończyn górnych – wrodzony brak lub amputacja obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcji obu kończyn górnych – charakteryzuje się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja narządu słuchu – ubytek słuchu powyżej 70 decybeli w uchu lepszym	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia:..... .....	pieczętka i podpis lekarza

.....  
pieczętka, nr i podpis lekarza