

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

..... dnia.....

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wystawione przez lekarza specjalistę , prowadzącego Pacjenta
wydane dla potrzeb MOPS - programu „Aktywny samorząd”
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. PESEL _ _ _ _ _
3. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis):
.....
.....
4. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy
(proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczętą):

☐	Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od:	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Znacznie obniżona sprawność ruchowa w zakresie obu kończyn górnych w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego, wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii (m.in. porażenia mózgowie, choroby neuromięśniowe)	pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie