

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

..... dnia.....

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wystawione przez lekarza specjalistę , prowadzącego Pacjenta
wydane dla potrzeb MOPS - pilotażowego 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):

<input type="checkbox"/>	Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od:	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	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)	pieczętąka, nr i podpis lekarza

....., dnia

(miejsce)

(data)

.....
pieczętąka, nr_ i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie