

.....  
[Stempel] zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

.....  
(miejsowość i data)

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

<input type="checkbox"/>	w zakresie ręki: <input type="checkbox"/> prawej <input type="checkbox"/> lewej	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	przedramienia: <input type="checkbox"/> prawego <input type="checkbox"/> lewego	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	ramienia i wyłuszczeniu w stawie barkowym: <input type="checkbox"/> prawego <input type="checkbox"/> lewego	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	na poziomie podudzia: <input type="checkbox"/> prawego <input type="checkbox"/> lewego	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	na wysokości uda: <input type="checkbox"/> prawego <input type="checkbox"/> lewego także przez staw kolanowy: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	uda i wyłuszczeniu w stawie biodrowym: <input type="checkbox"/> prawym <input type="checkbox"/> lewym	pieczętka, nr i podpis lekarza

4. Stan procesu chorobowego:  stabilny  niestabilny

....., dnia .....

(miejsowość)

(data)

.....  
pieczętka, nr i podpis lekarza