

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

....., dnia

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

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

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. PESEL

3. Stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętką:**

<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ręki	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie przedramienia	
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ramienia z wyluszczeniem w stawie	
<input type="checkbox"/>	Amputacja na poziomie podudzia	
<input type="checkbox"/>	Amputacja na wysokości uda (także przez staw kolanowy)	
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie uda z wyluszczeniem w stawie biodrowym	

**Przyczyna amputacji kończyny:**  uraz       inna, jaka:

.....

**Aktualny stan procesu chorobowego:**     stabilny       niestabilny

**Ocena zdolności do pracy** w wyniku zaopatrzenia w protezę, w której zastosowane zostaną nowoczesne rozwiązania techniczne:

.....

.....

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

(miejsowość)

(data)

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza

**UWAGA!**

1. W przypadku braku pieczęci lub podpisu w rubrykach do tego przeznaczonych, a także danych w poszczególnych rubrykach zaświadczenia, zaświadczenie zostanie zwrócone Wnioskodawcy celem uzupełnienia.
2. W przypadku dokonywania skreśleń i poprawek w zaświadczeniu, należy potwierdzać ten fakt czytelnym podpisem osoby dokonującej skreśleń i poprawek.