.........................................................

**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej **.............................., dnia…………….**

lub praktyki lekarskiej

# ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON 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: (***proszę zakreślić  właściwe pole*** ***oraz potwierdzić podpisem i pieczątką****):*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Stwierdza się, że:** | **tak** | **nie** |
| osoba niepełnosprawna nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się |  |  |
| zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych osoby ubiegającej się o pomoc, stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej |  |  |
| korzystanie z przedmiotu dofinansowania jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu) |  |  |
| korzystanie z przedmiotu dofinansowania nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn, |  |  |
| nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania z przedmiotu dofinansowania |  |  |

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

 (**miejscowość** ) (**data**) pieczątka, podpis lekarza specjalisty