

**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” (C4)  
- **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 pieczętą**):

4.

<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ręki	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie przedramienia	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ramienia z wyluszczeniem w stawie barkowym	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja na poziomie podudzia	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja na wysokości uda (także przez staw kolanowy)	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie uda z wyluszczeniem w stawie biodrowym	pieczętą, nr i podpis lekarza
Przyczyna amputacji kończyny: <input type="checkbox"/> uraz <input type="checkbox"/> inna, jaka:		
.....		
Aktualny stan procesu chorobowego: <input type="checkbox"/> stabilny <input type="checkbox"/> niestabilny		

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

(miejsowość)

(data)

pieczętą, nr i podpis lekarza specjalisty