

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

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

lekarza specjalisty

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”

(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. Dysfunkcja narządu ruchu, nie będąca przyczyną wydania orzeczenia o niepełnosprawności, jest następstwem ujętych w orzeczeniu schorzeń: ☐ tak ☐ nie

Jeśli tak, prosimy o wskazanie, w jaki sposób objawia się dysfunkcja narządu ruchu:

.....

.....

.....

.....

W przypadku ubiegania się o pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu, prosimy o wypełnienie tej części zaświadczenia:

Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, **stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu**, powodującej niepełnosprawność wymaga zakupu i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu takich elementów jak:

(prosimy zakreślić właściwe pola ☐)

☐	dodatkowe pasy do mocowania wózka inw., uchwyty ułatwiające wsiadanie i wysiadanie
☐	automatyczna skrzynia biegów, sprzęgło automatyczne, ręczny sterownik sprzęgła
☐	elektrohydrauliczne mechanizmy do obniżania i podnoszenia nadwozia
☐	specjalne siedzenia, specjalny fotel pasażera (w tym fotelik dziecięcy)
☐	elektroniczna obręcz przyspieszenia
☐	ręczny gaz – hamulec
☐	przedłużenie pedałów
☐	sterowanie elektroniczne
☐	podnośnik lub najazd/podjazd/rampa podjazdowa do wózka inwalidzkiego
☐	przeniesienie dźwigni lub pedałów, przełączników
☐	system wspomagania parkowania
☐	inne (jakie?):

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza