

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

**Pieczęć** zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

**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

Na podstawie dokumentacji medycznej stwierdzam, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy

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

**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:

.....  
Pieczętka, nr i podpis lekarza