Załącznik nr 4 do formularza wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd" –Moduł I
obszar B1 – B2

.....

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Warszawa 20.02.2026
....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

1. Imię i nazwisko Pacjenta Maria Kowalska.....
2. PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ 21712105498

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

dysfunkcja obu kończyn górnych Pacjenta dotyczy:

☐ wrodzony brak lub amputacja obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia

☒ dysfunkcja charakteryzująca się **znacznie** obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych w stopniu **znacznie** utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego, wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii (m.in. porażenia mózgowe, choroby neuromięśniowe)

Warszawa....., dnia 20.02.2026 .....

(**miejscowość**) (**data**) pieczątka, nr_ i podpis lekarza