*Załącznik nr 26 do Zarządzenia nr 12.2019*

*Dyrektora PCPR w Olkuszu z dnia 26.03.2019r.  
 do wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”*

*Moduł I. Obszar B. Zadanie 1*

***(dysfunkcja obu kończyn górnych)***

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

Stempel zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

# ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” - B1

**(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)**

1. Imię i nazwisko Pacjenta ......................................................................................................
2. PESEL
3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że      dysfunkcja obu  kończyn górnych Pacjenta dotyczy:

wrodzonego braku kończyn górnych co najmniej w obrębie przedramienia

amputacji obu kończyn górnych co najmniej w obrębie przedramienia

dysfunkcji charakteryzującej się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie

obu kończyn górnych w stopniu wykluczającym lub znacznie utrudniającym  korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego ( komputer stacjonarny lub  mobilny oraz współpracujących z nim urządzeń i dedykowanego oprogramowania ),  wynikająca ze schorzeń  o różnej etiologii ( m. in. porażenia mózgowego, chorób  neuromięśniowych )

Ewentualne uwagi : ...................................................................................................................................

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

miejscowość: …………………………… dnia ………………

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

pieczątka i podpis lekarza specjalisty

o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności