
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Miejscowość _____, dnia _____

Zaświadczenie lekarskie
wydane do wniosku o dofinansowanie
w ramach programu „Samodzielność-Aktywność-Mobilność!”
Mobilność osób z niepełnosprawnością

1. Imię i nazwisko Pacjenta: _____
2. Nr PESEL Pacjenta (11 cyfr): _____
3. **Pacjent porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego.**
4. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania potwierdzam, że Pacjent nie jest w stanie w żadnej sytuacji i na żadnym dystansie przemieszczać się bez użycia wózka inwalidzkiego oraz że nie jest w stanie samodzielnie przesiadać się z wózka inwalidzkiego na siedzenie samochodu i z siedzenia samochodu na wózek inwalidzki.**
5. Uwagi: _____

Pieczętka, nr i podpis lekarza

Uwaga:

Zaświadczenie musi być wystawione przez jednego z lekarzy specjalistów: ortopedii lub rehabilitacji lub neurologii lub chorób wewnętrznych (internista) lub medycyny rodzinnej (lekarza rodzinnego) lub pediatrii (w przypadku dzieci). Bez zaświadczenia wystawionego/potwierdzonego przez lekarza specjalistę jednej z ww. specjalizacji wniosek o dofinansowanie zostanie odrzucony. Zaświadczenie musi być wypełnione czytelnie w języku polskim.