

\_\_\_\_\_  
Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

\_\_\_\_\_, 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 stwierdza się, 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 może być wystawione przez lekarza specjalistę ortopedii, rehabilitacji lub neurologii. Zaświadczenie składa wraz z wnioskiem o dofinansowanie w ramach programu „Samodzielność-Aktywność-Mobilność!” Mobilność osób z niepełnosprawnością. Bez zaświadczenia wystawionego/ potwierdzonego przez lekarza specjalistę wniosek o dofinansowanie będzie niekompletny, co spowoduje negatywną weryfikację formalną wniosku. Zaświadczenie powinno być wypełnione czytelnie w języku polskim i wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku. Uzupełnienie pkt 5 zaświadczenia nie jest wymagane.