

.....  
(stempel zakładu opieki zdrowotnej lub  
praktyki lekarskiej)

....., dnia.....  
(miejscowość) (data)

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza o specjalizacji związanej z rodzajem niepełnosprawności  
do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

I Imię i nazwisko pacjenta .....

II PESEL

III Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu powodującej niepełnosprawność wymaga montażu specjalistycznego oprzyrządowania do samochodu (proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą):

<input type="checkbox"/>	Dodatkowe pasy, uchwyty ułatwiające wsiadanie i wysiadanie	pieczętątką, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Automatyczna skrzynia biegów, sprzęgło automatyczne, ręczny sterownik sprzęgła	pieczętątką, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Elektrohydrauliczne mechanizmy do obniżania i podnoszenia nadwozia	pieczętątką, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Specjalne siedzenia	pieczętątką, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Elektroniczna obręcz przyspieszenia	pieczętątką, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Ręczny gaz – hamulec	pieczętątką, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Przedłużenie pedałów	pieczętątką, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Sterowanie elektroniczne	pieczętątką, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Podnośnik lub najazd do wózka inwalidzkiego	pieczętątką, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Przeniesienie dźwigni lub pedałów, przełączników	pieczętątką, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	System wspomagania parkowania	pieczętątką, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne, jakie:	pieczętątką, nr i podpis lekarza

....., data .....

(miejscowość)

.....  
(pieczętątką, nr i podpis lekarza)