

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

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE lekarza specjalisty

Pan/Pani.....

nr PESEL .....

stwierdza się, że niepełnosprawność pacjenta dotyczy:

1. wrodzonego braku lub amputacji obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia

tak  nie

2. dysfunkcji charakteryzującej się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego, wynikającej ze schorzeń o różnej etiologii (m.in. porażenia mózgowego, chorób neuromięśniowych)

tak  nie

....., dnia .....

(miejscowość)

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty