

**Załącznik nr 1 do formularza wniosku w ramach programu Aktywny Samorząd**  
*Zaświadczenie lekarskie - obszar A zadanie 1 i 2*



**Dotyczy wyłącznie Wnioskodawców ubiegających się o dofinansowanie w ramach obszaru wsparcia A – pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu**

Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, **stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu** powodującej niepełnosprawność wymaga montażu następującego specjalistycznego oprzyrządowania do samochodu:

(proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętą)

<input type="checkbox"/>	dodatkowe pasy, uchwyty ułatwiające wsiadanie i wysiadanie	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	automatyczna skrzynia biegów, sprzęgło automatyczne, ręczny sterownik sprzęgła	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	elektrohydrauliczne mechanizmy do obniżania i podnoszenia nadwozia	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	specjalne siedzenia	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	elektroniczna obręcz przyspieszenia	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	ręczny gaz – hamulec	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	przedłużenie pedałów	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	sterowanie elektroniczne	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	podnośnik lub najazd do wózka inwalidzkiego	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	przeniesienie dźwigni lub pedałów, przełączników	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	system wspomagania parkowania	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	inne, jakie:	pieczętąka, nr i podpis lekarza

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

(miejscowość)

(data)

.....

(pieczętąka, nr i podpis lekarza)