

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” (A4)
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole x oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**):

| | | |
|--------------------------|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Ubytek słuchu w uchu lewym- powyżej 70 decybeli (db) | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Ubytek słuchu w uchu prawym- powyżej 70 decybeli (db) | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Ubytek słuchu w uchu lewym - poniżej 70 decybeli (db) | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Ubytek słuchu w uchu prawym- poniżej 70 decybeli (db) | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Inna dysfunkcja ucha lewego | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Inna dysfunkcja ucha prawego | pieczętka, nr i podpis lekarza |