

.....

....., dnia

.....

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(wystawione przez lekarza specjalistę)

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- **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)	
<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)	
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja ucha lewego	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja ucha prawego	
<input type="checkbox"/>	Osoba głucho-niewidoma	pieczętka, nr i podpis lekarza