

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach 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*
 oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):

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

3. Następstwem schorzeń stanowiących podstawę wydania orzeczenia Pacjenta jest dysfunkcja narządu
słuchu:

tak **nie**

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza