

.....

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

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

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

Pacjent ma ubytek słuchu: nie dotyczy

w uchu lewym powyżej 70 decybeli (db)

w uchu lewym poniżej 70 decybeli (db)

w uchu prawym powyżej 70 decybeli (db)

w uchu prawym poniżej 70 decybeli (db)

inna dysfunkcja

.....
.....

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....

pieczętą, nr_ i podpis lekarza