

**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 i 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)  |  |
| <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                          |  |

pieczętka, nr  
i podpis lekarza