

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 pieczętą:*

<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