

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

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 stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką) :
 - ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db)
 - ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db)

 - inna dysfunkcja ucha lewego
 - inna dysfunkcja ucha prawego

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....

pieczętka, nr_i podpis lekarza