

.....

....., dnia

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

miejsowość

data

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

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej 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 lekarza
<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	