

.....

....., dnia

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

1. Imię i nazwisko
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*):

<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db)	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db)	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja ucha lewego	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja ucha prawego	pieczętka i podpis lekarza