



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

program finansowany z środków PFRON

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 lub badania stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole x 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

(miejsceowość i data)

.....

pieczętka, i podpis lekarza specjalisty o specjalności adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności

