

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach 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 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	

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