

.....
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 lub badania stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy:

<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db)
<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

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza