

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej lub
praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju
niepełnosprawności do wniosku o dofinansowanie w ramach programu

„Aktywny Samorząd”

**w przypadku osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu słuchu, która nie jest przyczyną
wydania orzeczenia dot. niepełnosprawności
- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania 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)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja ucha lewego jaka	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja ucha prawego jaka	pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia20.....r.

(miejsowość)

(data)

pieczętka, nr i podpis lekarza