

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....dnia.....

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd A3”

-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):*

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