

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach 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 (**proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**) :

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

....., dnia
(miejscowość) **(data)** **pieczętka, numer i podpis lekarza specjalisty
o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności**