

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

## 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 (**proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**) :

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

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