

.....
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. Rozpoznanie i opis choroby zasadniczej:.....
.....

4. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy: (**proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**)

☐	ubytku słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db)	pieczętą, nr i podpis lekarza
☐	ubytku słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db)	pieczętą, nr i podpis lekarza
☐	Innej dysfunkcji ucha lewego	pieczętą, nr i podpis lekarza
☐	Innej dysfunkcji ucha prawego	pieczętą, nr i podpis lekarza

....., dnia

(**miejsowość**)

(**data**)

.....
pieczętą, nr i podpis lekarza