

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....dnia.....

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach 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>