

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE¹
wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” (A4)

- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. PESEL
3. Zakres dysfunkcji narządu słuchu pacjenta (opis):
.....
.....
4. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej 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 i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db)	Pieczętka i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja ucha lewego	Pieczętka i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja ucha prawego	Pieczętka i podpis lekarza specjalisty

.....
Miejscowość, data

.....
pieczęć imienna, podpis lekarza specjalisty

¹ Zaświadczenie wystawia lekarz specjalista o specjalności związanej z rodzajem niepełnosprawności Pacjenta