

.....
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:

- ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db)
- ubytek słuchu w uchu lewym, poniżej 70 decybeli (db)
- ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db)
- ubytek słuchu w uchu prawym, poniżej 70 decybeli (db)
- dysfunkcja narządu słuchu z trudnościami w komunikowaniu się za pomocą mowy
(należy zaznaczyć tylko w sytuacji jeżeli ubytek słuchu wynosi powyżej 70 decybeli (db))

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza