

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

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE¹

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” (A4, B4)

(dotyczy osób ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, których orzeczenie jest wydane z innego powodu niż 03-L lub osób niepełnosprawnych do 16 roku życia)

- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że dysfunkcja słuchu Pacjenta dotyczy (*proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką*):

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

¹ Zaświadczenie wystawia lekarz specjalista o specjalności związanej z rodzajem niepełnosprawności Pacjenta, nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku