**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., **dnia** .....

# ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd" (A4)**

***- 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 pieczątką***):

| | | |
|---|---|---|
| ☐ | Ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db) | |
| ☐ | Ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db) | |
| ☐ | Inna dysfunkcja ucha lewego | |
| ☐ | Inna dysfunkcja ucha prawego | pieczątka, **nr** i podpis lekarza |