

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej/praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(ważne 120 dni od daty wystawienia)

lekarza specjalisty o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności
wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach 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 (proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):

☐ Ubytek słuchu w uchu lepszym stanowi **powyżej** 70 decybeli (db) - (ilość db)

☐ Ubytek słuchu w uchu lepszym stanowi **poniżej** 70 decybeli (db) - (ilość db)

☐ Pacjent jest osobą głuchoniewidomą

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

pieczęć, nr i podpis lekarza