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

....., dnia .....
(miejscowość) (data)