

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

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**lekarza specjalisty o specjalizacji związanej z rodzajem niepełnosprawności** wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” (A3,A4,B4)

**- 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 (**proszę zakreślić właściwe pole**  **oraz potwierdzić podpisem i pieczętką**):

**u Pacjenta występuje ubytek słuchu, powyżej 70 decybeli w uchu lepszym:**

tak

nie

....., dnia .....

(miejscowość)

(data)

.....  
pieczętka, nr i podpis lekarza