

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
WYDANE PRZEZ LEKARZA SPECJALISTĘ O SPECJALIZACJI ADEKWATNEJ
DO RODZAJU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI
do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
-prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta.....
2. PESEL.....
3. Rodzaj schorzenia (opis):.....
.....
4. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką**):

<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu powyżej 70 decybeli (DB) w uchu lepszym	pieczętka i podpis lekarza
--------------------------	--	----------------------------