

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

- lekarz specjalista o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności
wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny Samorząd”

prosimy wypełnić czytelnie

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. **PESEL**.....

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

a) Pacjent posiada ubytek słuchu powyżej 70 decybeli (db): *dotyczy*; *nie dotyczy*

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza