

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

.....
Miejscowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA¹

w związku z ubieganiem się osoby niepełnosprawnej o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”

- 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 pieczętą):*

<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db)	
<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db)	
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja ucha lewego	
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja ucha prawego	
		<i>Pieczętąka, nr i podpis lekarza</i>

¹ Zaświadczenie wystawia lekarz specjalista o specjalności związanej z rodzajem niepełnosprawności Pacjenta