

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

....., dnia

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku 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 powyżej 70 decybeli (db) w uchu lepszym | pieczętka, nr<br>i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Inna dysfunkcja ucha lewego                           | pieczętka, nr<br>i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Inna dysfunkcja ucha prawego                          | pieczętka, nr<br>i podpis lekarza |

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza