

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

....., dnia

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
- **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 Pacjenta dotyczy :
  - ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db)
  - ubytek słuchu w uchu lewym, poniżej 70 decybeli (db)
  - ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db)
  - ubytek słuchu w uchu prawym, poniżej 70 decybeli (db)

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

(miejsowość )

.....

pieczętka, nr\_ i podpis lekarza

### UWAGA!

1. W przypadku braku pieczęci lub podpisu lekarza w rubrykach do tego przeznaczonych, a także danych w poszczególnych rubrykach zaświadczenia, zaświadczenie zostanie zwrócone Wnioskodawcy celem uzupełnienia.
2. W przypadku dokonywania skreśleń i poprawek w zaświadczeniu, należy potwierdzać ten fakt czytelnym podpisem osoby dokonującej skreśleń i poprawek.