

.....
Stempel 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.....

PESEL

Adres zamieszkania

Opis rodzaju schorzenia

Pacjent ma ubytek słuchu powyżej 70 decybeli w uchu lepszym

tak

(data)

.....

(pieczętka i podpis lekarza)

nie

(data)

.....

(pieczętka i podpis lekarza)