

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 pieczętką**):

1	Ubytek słuchu w uchu lepszym, powyżej 70 decybeli (db)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
2	Pacjent ma trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

pieczętka, nr i podpis lekarza