

**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

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

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” (A4)

- **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**):

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

.....  
data i podpis lekarza specjalisty

