

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

....., dnia
miejsowość

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

- lekarza specjalisty o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności
wydane nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”
- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. PESEL:
3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się,
że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy:

(proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętąką)

<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu w uchu prawym wynosi powyżej 70 decybeli (db)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu w uchu lewym wynosi powyżej 70 decybeli (db)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu w uchu prawym wynosi poniżej 70 decybeli (db)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu w uchu lewym wynosi poniżej 70 decybeli (db)	pieczętka, nr i podpis lekarza

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza