

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

....., dnia
(miejscowość) (data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane 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 stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy **(proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):**

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

.....
pieczętka, nr_ i podpis lekarza specjalisty