

**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

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

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach 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 <u>uchu lepszym</u> , <b>powyżej</b> 70 decybeli (db) -.....(ilość db)   |
| <input type="checkbox"/> | Ubytek słuchu w <u>uchu lepszym</u> , <b>poniżej</b> 70 decybeli (db) - ..... (ilość db) |

.....  
pieczętka, nr i podpis  
lekarza specjalisty