

.....dnia.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Zaświadczenie lekarskie

Wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności
do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny Samorząd”
- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i Nazwisko Pacjenta.....

PESEL

Adres zamieszkania

.....

Opis rodzaju schorzenia

.....

.....

.....

Pacjent ma ubytek słuchu powyżej 70 decybeli w uchu lepszym

tak

(data)

.....

(pieczętka i podpis lekarza)

nie

(data)

.....

(pieczętka i podpis lekarza)