

Stempel zakładu opieki zdrowotnej

....., dnia

lub praktyki lekarskiej

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 pieczętą**):

☐	Ubytek słuchu w uchu lepszym, powyżej 70 decybeli (db)	pieczętka, nr i podpis lekarza
--------------------------	--	-----------------------------------