

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

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza specjalistę adekwatnie do rodzaju niepełnosprawności
do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. PESEL
3. Zakres dysfunkcji narządu słuchu pacjenta

<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu powyżej 70 decybeli
<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu poniżej 70 decybeli

(proszę zakreślić właściwe pola)

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza