

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

Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
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 .....

2. PESEL

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

Informacje dodatkowe:

.....  
.....  
.....

..... dnia.....  
(miejscowość) (data)

.....  
(pieczętka, podpis lekarza)

\* Zaświadczenie powinno być wystawione przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności.