

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

....., dnia
miejsowość

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” (B4)
- *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*):

<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db) pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db)	
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja ucha lewego	
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja ucha prawego	

Dodatkowe informacje (zaznaczyć, jeśli dotyczy):

U pacjenta występuje ubytek słuchu powyżej 70 decybeli (db) w uchu lepszym.

TAK NIE

.....
pieczętą, nr
i podpis lekarza

UWAGA!

1. W przypadku braku pieczęci lub podpisu lekarza w rubrykach do tego przeznaczonych, a także braku danych w poszczególnych rubrykach zaświadczenia, zaświadczenie zostanie zwrócone Wnioskodawcy celem uzupełnienia.

2. W przypadku dokonywania skreśleń i poprawek w zaświadczeniu, należy potwierdzać ten fakt czytelnym podpisem osoby dokonującej skreśleń i poprawek.