

Załącznik do formularza wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywnym samorząd” w 2019 r. –
Moduł I Obszar B Zadanie 4

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- *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"/>	Ubytek słuchu <u>w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db)</u>	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu <u>w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db)</u>	
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja ucha lewego	
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja ucha prawego	