

Moduł I Obszar A Zadanie nr 3, Zadanie nr 4

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
(miejscowość) (data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” (osoby z
dysfunkcją narządu słuchu) – *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

1. **Imię i nazwisko Pacjenta**
2. **PESEL**
3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (*proszę zakreślić pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką*)

<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja narządu słuchu – - ubytek słuchu powyżej 70 decybeli (db) w uchu lepszym
--------------------------	---

.....
pieczętka, nr, i podpis lekarza specjalisty