

.....

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

Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”  
- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

Imię i nazwisko Pacjenta .....

PESEL

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętą)

<input type="checkbox"/>	<b>Dysfunkcja narządu słuchu Pacjenta:</b> Ubytek słuchu powyżej 70 decybeli (db) w uchu lepszym
--------------------------	---

.....

pieczętą, nr, i podpis lekarza specjalisty