

Załącznik do wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

.....

Stempel zakładu opieki zdrowotnej

....., **dnia**

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. Rozpoznanie i opis choroby zasadniczej:

.....

.....

4. 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"/>	ubytku słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	ubytku słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	inna dysfunkcja ucha lewego	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	inna dysfunkcja ucha prawego	pieczętka, nr i podpis lekarza