

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

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

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
**WYDANE PRZEZ LEKARZA SPECJALISTĘ O SPECJALIZACJI ADEKWATNEJ**  
**DO RODZAJU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**  
do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
-prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

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

<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja narządu słuchu – ubytek słuchu powyżej 70 decybeli w uchu lepszym	pieczętka i podpis lekarza
--------------------------	--	----------------------------