

.....

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

**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” (A4)  
- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

PESEL

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

6. Ponadto - **na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej** stwierdza się, że niezbędne jest wyposażenie samochodu w następujące oprzyrządowanie (dotyczy zadania nr 4 obszaru A) : (proszę wymienić)

1	
2	
3	
4	
5	

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

(miejsowość )

(data)

.....

pieczętka, nr\_ i podpis lekarza specjalisty