

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE dla osób z dysfunkcją narządu słuchu

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. Zakres dysfunkcji narządu słuchu pacjenta :

| | |
|--------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Ubytek słuchu powyżej 70 decybeli |
| <input type="checkbox"/> | Ubytek słuchu poniżej 70 decybeli |

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

pieczętka, nr_ i podpis lekarza specjalisty

Pouczenie: zaświadczenie nie może być wystawione wcześniej niż na 120 dni przed dniem złożenia wniosku