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

....., **dnia.....**

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 pieczątką***):

☐	Ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db)	
☐	Ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db)	
☐	Ubytek słuchu poniżej 70 decybeli (db)	
☐	Inna dysfunkcja ucha lewego	
☐	Inna dysfunkcja ucha prawego	pieczątka, **nr** i podpis lekarza

UWAGA!
1.W przypadku braku pieczęci lub podpisu lekarza w rubrykach do tego przeznaczonych, a także danych w poszczególnych rubrykach zaświadczenia, zaświadczenie zostanie zwrócone Wnioskodawcy celem uzupełnienia.
2. W przypadku dokonywania skreśleń i poprawek w zaświadczeniu, należy potwierdzać ten fakt czytelnym podpisem lekarza dokonującego skreśleń i poprawek.

....., dnia ....

(**miejscowość**) (**data**) pieczątka, nr_ i podpis lekarza

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