

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

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

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
 (Lekarz specjalista – od narządu słuchu)

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

- *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 pieczętą*):

|                          |   |  |
|--------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> | Ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db)  | pieczętka, nr<br>i podpis lekarza<br>specjalisty |
| <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:                         |  |

**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 potwierdzić ten fakt czytelnym podpisem i pieczęcią osoby dokonującej skreśleń i poprawek.