

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
dysfunkcja słuchu Pacjenta dotyczy: (**proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz
potwierdzić podpisem i pieczętą**):

Ubytek słuchu pacjenta wynosi powyżej 70 decybeli (db)

☐ **tak** ; ☐ **nie**

pieczętka, nr
i podpis lekarza

....., dnia

(**miejsowość**)

(**data**)

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza

UWAGA:

Przez pojęcie „dysfunkcja narządu słuchu” (w przypadku Obszaru A) – należy przez to rozumieć dysfunkcję narządu słuchu stanowiącą powód wydania orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, a w przypadku, gdy orzeczenie jest wydane z innego powodu – ubytek słuchu powyżej 70 decybeli (db), stan ten musi być potwierdzony w odpowiednim dokumencie lub zaświadczeniu wydanym przez lekarza specjalistę.