

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

....., **dnia**
miejscowość

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
(B4)

- **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 pieczętką**):

| | |
|--|---|
| <p>Ubytek słuchu pacjenta wynosi powyżej 70 decybeli (db)</p> <p><input type="checkbox"/> tak ; <input type="checkbox"/> nie</p> | <p>pieczętka, nr i podpis lekarza</p> |
|--|---|

....., **dnia**
(miejscowość) (data)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza

UWAGA:

Przez pojęcie „dysfunkcja narządu słuchu” (w przypadku Obszaru B Zadanie 4) – 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.