

**Załącznik nr 2c do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” –  
obszar A zadanie 4, obszar B zadanie 4**

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

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
 – **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....
2. PESEL
3. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że Pacjent ma ubytek słuchu\***:

W uchu lewym wynosi ..... decybeli (db)	pieczętka, nr i podpis lekarza
W uchu prawym wynosi ..... decybeli (db)	pieczętka, nr i podpis lekarza

4. Czy schorzenie/niepełnosprawność ma charakter stały/czasowy (proszę uzupełnić słownie): .....

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

(miejscowość) (data)

.....  
 pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty

**Zaświadczenie musi zostać wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej  
do rodzaju niepełnosprawności!**

wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku

\* Zaświadczenie powinno być wypełnione w sposób umożliwiający określenie:  
 - ubytek słuchu np. 70 decybeli (db), odrębnie w uchu lewym i prawym.