

Załącznik nr 2c do wniosku o dofinansowanie w ramach 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 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.