

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.