

.....  
Pieczęć 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 niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczęcią):

<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db)	<i>Pieczęćka, nr i podpis lekarza</i>
<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db)	<i>Pieczęćka, nr i podpis lekarza</i>
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja ucha lewego	<i>Pieczęćka, nr i podpis lekarza</i>
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja ucha prawego	<i>Pieczęćka, nr i podpis lekarza</i>

....., dnia .....r.,  
(miejscowość) (data)

.....  
(pieczęćka, nr i podpis lekarz)

\* Zaświadczenie powinno być wystawione przez lekarza specjalistę, nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku do PCPR Głubczyce