

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

.....
Miejscowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA¹

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” (A4)

dotyczy osób z dysfunkcją narządu słuchu - ubytek słuchu powyżej 70 decybeli (db) w uchu lepszym, których orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności jest wydane z innego powodu niż 04-L

- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim* -

1. Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole ☐):

| | | |
|--------------------------|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db) | Pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db) | Pieczętka, nr i podpis lekarza |

.....
(miejscowość i data)

.....
pieczętka, nr i podpis

¹ Zaświadczenie wystawia lekarz specjalista o specjalności związanej z rodzajem niepełnosprawności Pacjenta, nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku.