

.....  
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

w związku z ubieganiem się osoby niepełnosprawnej o dofinansowanie w ramach programu  
pilotażowego „Aktywny samorząd” (ważne 60 dni od daty wypełnienia)

*(wypełnić czytelnie w języku polskim)*

1. **Imię i nazwisko** .....

2. **PESEL**

3. **Adres (miejsce pobytu)** .....

4. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej** stwierdza się, że niepełnosprawność  
pacjenta dotyczy (zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):

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

.....  
miejscowość i data wydania zaświadczenia

.....  
pieczęć imienna i podpis lekarza

*Zaświadczenie wystawia lekarz specjalista o specjalności związanej z rodzajem niepełnosprawności Pacjenta*