

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

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE¹

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” (B3)
- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

dotyczy osób do 16-go roku życia/osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności wydane z innego powodu niż 03-L

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

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

<input type="checkbox"/>	ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db)	<i>pieczętka, nr i podpis</i>
<input type="checkbox"/>	ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db)	<i>pieczętka, nr i podpis</i>

.....
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