*Załącznik do formularza wniosku w ramach pilotażowego programu „ Aktywny Samorząd”*

**Moduł I Obszar A zadanie 4**

**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej **……............., dnia ……….…**

lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

- ***prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim***

1. Imię i nazwisko Pacjenta

……........................................................................................

PESEL **          **

1. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania** stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy ( ***proszę zakreślić właściwe pole*  *oraz potwierdzić podpisem i pieczątką*** *):*

□

Ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db)

□

Ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db)

□

Inna dysfunkcja ucha lewego

□

Inna dysfunkcja ucha prawego

piec z ątk a, **nr**

i pod pis

□

Inne ……………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………….