

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

.....
Miejscowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA¹

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” (B4)

dotyczy osób niepełnosprawnych do 16 roku życia / osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności 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 prawym, 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.