

(dotyczy osób ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, które nie posiadają w orzeczeniu o stopniu niepełnosprawności kodu 03-L, a ubiegają się o dofinansowanie z tytułu narządu słuchu)

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

....., dnia
(miejscowość) (dnia)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” - Moduł I Obszar A Zadanie 4
- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko
2. PESEL
3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy:

ubytek słuchu w uchu lepszym powyżej 70 decybeli (db)

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
pieczętka, nr_ i podpis lekarza

UWAGA!

1. W przypadku braku pieczęci lub podpisu lekarza w rubrykach do tego przeznaczonych, a także danych w poszczególnych rubrykach zaświadczenia, zaświadczenie zostanie zwrócone Wnioskodawcy celem uzupełnienia.
2. W przypadku dokonywania skreśleń i poprawek w zaświadczeniu, należy potwierdzać ten fakt czytelnym podpisem osoby dokonującej skreśleń i poprawek.
3. Zaświadczenie musi być wypełnione czytelnie w języku polskim i wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku.