

Załącznik do formularza wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” – Moduł I
Obszar A Zadanie nr 4 – pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” (A4)

- **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 ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**):

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