

.....  
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE<sup>1</sup>

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”  
- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

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  oraz potwierdzić podpisem i pieczętą):

<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db)	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db)	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja ucha lewego	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja ucha prawego	pieczętąka, nr i podpis lekarza

....., dnia .....r.,  
(miejscowość) (data)

.....  
(pieczętąka, nr i podpis lekarza)

<sup>1</sup> Zaświadczenie powinno być wystawione przez lekarza specjalistę, nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku do MOPS w Rzeszowie