

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

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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 stwierdza się, że *(należy uzupełnić każdy wiersz w poniższej tabeli)*:

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Ubytek słuchu powyżej 70 decybeli (db) w uchu lepszym |
| <input type="checkbox"/> | Ubytek słuchu poniżej 70 decybeli (db) w uchu lepszym |

....., dnia
(miejscowość)

.....
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 potwierdzić ten fakt czytelnym podpisem osoby dokonującej skreśleń i poprawek.