Załącznik nr 3 do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” Moduł I Zadanie B1, B3-B4 – pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania (dysfunkcja narządu słuchu)

...., dnia .....

Stempel zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego 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 pieczątką):

☐	Ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db)	
☐	Ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db)	
☐	Inna dysfunkcja ucha lewego	
☐	Inna dysfunkcja ucha prawego	pieczątka, nr i podpis lekarza

....., dnia ....

(miejscowość) *(data)*

pieczątka, nr i podpis lekarza