Załącznik nr 2 do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”
Moduł I Zadanie A4 –pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu (dysfunkcja narządu słuchu)

…… ……, dnia ……
stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

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

……, dnia …… ……
(miejscowość) (data) pieczątka, nr i podpis lekarza