

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

..... miejscowość

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

Zaświadczam się, że _____
(imię i nazwisko pacjenta)

zamieszkały(a)
(miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

nr PESEL jest osobą niepełnosprawną, z ubytkiem słuchu powyżej 70 decybeli (db) w uchu lepszym i ma trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy.

pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty