

.....
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 w uchu
lepszym powyżej 70 decybeli (db)

.....
pieczęć, nr i podpis lekarza specjalisty

