Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

program finansowany ze środków PFRON

Załącznik nr 1 do formularza wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

Moduł I Obszar A Zadanie nr 4

...., 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 pacjent ma ubytek słuchu powyżej 70 decybeli w uchu lepszym

TAK ☐ NIE ☐

....., dnia ....

(miejscowość) (data) pieczątka, nr i podpis lekarza specjalisty