



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

Załącznik nr 3 do formularza
wniosku w ramach programu
„Aktywny samorząd”
Moduł I Obszar A, Zadanie 4

.....
(Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej)

....., dnia
(miejscowość) (data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE*

-prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta:

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

a) Ubytek słuchu w uchu prawym wynosi decybeli**

b) Ubytek słuchu w uchu lewym wynosi decybeli**

....., dnia
(miejscowość) (data)

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

*Zaświadczenie powinno być wystawione przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności, nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku.

** Informacje dotyczące ubytku słuchu muszą być podawane w wartościach liczbowych.