

.....
Pieczątką zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
data

**Zaświadczenie lekarskie
wystawione przez lekarza specjalistę**

wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kościanie – dotyczy dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” – **moduł I, obszar B, zad. 4 – pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania dla osób z dysfunkcją narządu słuchu**

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. PESEL
3. Ubytek słuchu kształtuje się na poziomie powyżej 70 decybeli w uchu lepszym (zaznaczyć „x” właściwe)

TAK ☐

NIE ☐

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

Zaświadczenie należy wypełnić **czytelnie, w języku polskim** i wystawić **nie wcześniej 120 dni przed złożeniem wniosku**.