

.....
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 A, zad. 4 – pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu 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

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

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