



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

....., dnia
(miejscowość) (data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza o specjalizacji związanej z rodzajem niepełnosprawności
do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta
Adres zamieszkania:

2. PESEL

3. Pacjent posiada dysfunkcję narządu słuchu:

tak nie

4. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole)

Ubytek słuchu w uchu lepszym, powyżej 70 decybeli (db)

Ubytek słuchu w uchu słabszym:

Inna dysfunkcja ucha lewego - jaka:

Inna dysfunkcja ucha prawego – jaka:

osoba komunikuje się z otoczeniem metodami wspomaganymi /alternatywnymi np. językiem migowym

....., dnia
(miejscowość) (data)

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