

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

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** stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką**):

a) dysfunkcja narządu słuchu Pacjenta dotyczy:

jednego ucha

obydwu uszu

b) Pacjent ma ubytek słuchu powyżej 70 decybeli (db): nie dotyczy

w uchu lewym w uchu prawym

c) Pacjent ma ubytek słuchu poniżej 70 decybeli (db): nie dotyczy

w uchu lewym

w uchu prawym

4. Konieczność dostosowania pojazdu do indywidualnych potrzeb Pacjenta związanych z dysfunkcją narządu słuchu (np. komunikatory, tablety ze specjalnym oprogramowaniem, sygnalizatory, dodatkowe oświetlenie).

TAK, jakie

.....

NIE

.....
Miejscowość i data

.....
Pieczęć i podpis lekarza specjalisty