

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
(od lekarza specjalisty)

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. Pacjent ma trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy:

tak

nie

..... dnia

miejsowość

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