

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” (A4)
- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

1. Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

2. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania** stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**):

Ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	pieczętka, nr i podpis lekarza
Ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
Inna dysfunkcja ucha lewego (wpisać jaka)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
Inna dysfunkcja ucha prawego (wpisać jaka)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
Pacjent wykazuje trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	