

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”
- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

- Imię i nazwisko Pacjenta
- PESEL
- Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczęcią):

Ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db)	☐ tak ☐ nie	pieczęć, nr i podpis lekarza
Ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db)	☐ tak ☐ nie	
Inna dysfunkcja ucha lewego (wpisać jaka)	☐ tak ☐ nie	
Inna dysfunkcja ucha prawego (wpisać jaka)	☐ tak ☐ nie	
Pacjent wykazuje trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy	☐ tak ☐ nie	