

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

....., dnia.....

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności  
 do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, jeśli  
dysfunkcja narządu słuchu nie jest przyczyną wydania orzeczenia

- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

(całość zaświadczenia uzupełnia lekarz – jednym charakterem pisma)

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. PESEL

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

<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja ucha lewego	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja ucha prawego	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja narządu słuchu i trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy <sup>1</sup>	pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia .....20.....r.

.....

**(miejsowość)**

**(data)**

**pieczętka, nr\_ i podpis lekarza**

<sup>1</sup> Adresatem programu jest osoba niepełnosprawna z dysfunkcją narządu słuchu powyżej 70 decybeli i trudnościami w komunikowaniu się za pomocą mowy.