

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

....., dnia20.....r.

.....

(miejsowość)

(data)

pieczętąka, nr_ i podpis lekarza

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