

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

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 pieczętką):

Dysfunkcja narządu słuchu Pacjenta dotyczy:	<input type="checkbox"/> jednego ucha <input type="checkbox"/> obydwu uszu	pieczętka, nr i podpis lekarza
Pacjent ma ubytek słuchu powyżej 70 decybeli (db)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	pieczętka, nr i podpis lekarza
Osoba wymaga tłumacza języka migowego	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	pieczętka, nr i podpis lekarza
U osoby występuje dysfunkcja narządu mowy	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
pieczętka i podpis lekarza specjalisty z zakresu laryngologii