

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

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- **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 pieczętką*):**

☐	Ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db)	
☐	Ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db)	
☐	Inna dysfunkcja ucha lewego	
☐	Inna dysfunkcja ucha prawego	
☐	Pacjent wymaga korzystania z usług języka migowego TAK ☐ NIE ☐	
☐	Pacjent jest osobą głuchą TAK ☐ NIE ☐ ☐	pieczętka, nr i podpis lekarza