

.....
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

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

Niepełnosprawność pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą):

<input type="checkbox"/>	Dysfunkcję obu uszu polegającą na niezdolności do odbierania bodźców akustycznych (głuchota).	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcję obu uszu polegającą na niezdolności do odbierania bodźców akustycznych z niezdolnością do mówienia (głuchoniemota)	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja narządu słuchu powyżej 70 decybeli	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Niedosłyszenie w stopniu wykluczającym prawidłową komunikację	pieczętą, nr i podpis lekarza

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....
pieczętą, nr i podpis lekarza