

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

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 lub badania** stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (*proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką specjalisty schorzeń narządu słuchu*):

<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 narządu słuchu polegająca na	Pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Pacjent ma trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Pieczętka, nr i podpis lekarza

.....
Miejscowość i data

.....
Pieczętka i podpis lekarza specjalisty