

.....  
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**

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Rozpoznanie choroby zasadniczej .....

.....  
Choroby współistniejące .....

.....  
Zakres dysfunkcji narządu słuchu pacjenta (opis) .....

.....  
Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne  
potrzeby w tym zakresie (np. aparaty słuchowe, systemy wspomagające słyszenie): .....

.....  
Rodzaj niepełnosprawności uzasadniający pomoc w uzyskaniu prawa jazdy kategorii .....

.....  
Czy występują przeciwwskazania zgodnie z rodzajem niepełnosprawności do kierowania  
pojazdami.....

.....  
Uzasadnienie konieczności pomocy w uzyskaniu prawa jazdy kategorii ..... zgodnie  
z rodzajem niepełnosprawności.....

.....  
Czy istnieje potrzeba korzystania z usług tłumacza języka migowego podczas odbywania kursu  
prawa jazdy

TAK

NIE

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza specjalisty)