

.....  
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 pieczęcią specjalisty schorzeń narządu słuchu*):

<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db)	Pieczęćka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db)	Pieczęćka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja narządu słuchu polegająca na ..... ..... .....	Pieczęćka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Pacjent ma trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy  <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Pieczęćka, nr i podpis lekarza

4. Konieczność dostosowania pojazdu do indywidualnych potrzeb Pacjenta związanych z dysfunkcją narządu słuchu (np. komunikatory, tablety ze specjalnym oprogramowaniem, sygnalizatory, dodatkowe oświetlenie).

TAK, jakie .....

NIE

.....  
Miejscowość i data

.....  
Pieczęćka i podpis lekarza specjalisty