

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

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 Pacjenta: _ _ _ _ _

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy:

(proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):

| | | |
|--------------------------|---|--------------------------------|
| <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 ucha lewego | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Inna dysfunkcja ucha prawego | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Występują trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Osoba komunikuje się z otoczeniem metodami wspomagającymi/alternatywnymi: | pieczętka, nr i podpis lekarza |

Miejscowość:, dnia:

.....
 pieczętka, nr i podpis lekarza