

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

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach 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 pieczętką):

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

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza