

....., dnia.....

Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
praktyki lekarskiej

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(dotyczy osób, których dysfunkcja narządu słuchu nie jest przyczyną wydania orzeczenia oraz osób do 16 roku życia)

wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”

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"/>	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"/>	Dysfunkcja narządu słuchu i trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy <sup>1</sup>	pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia .....20.....r.

(miejsowość )

(data)

pieczętka, nr\_ i podpis lekarza

\_\_\_\_\_