

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

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wystawione przez lekarza specjalistę

wydane dla potrzeb programu „Aktywny Samorząd”-

**w przypadku osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu słuchu, która nie jest przyczyną
wydania orzeczenia dot. niepełnosprawności - 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 pieczętą):

☐	Ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db)	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db)	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Inna dysfunkcja ucha lewego Jaka.....	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Inna dysfunkcja ucha prawego Jaka.....	pieczętka, nr i podpis lekarza

4. Pacjent jest osobą głuchoniemą: ☐ tak ☐ nie

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

.....

(miejscowość)

(data)

pieczętka, nr_ i podpis lekarza