

....., dnia

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub 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”

- 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 niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką**):

☐	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	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Inna dysfunkcja ucha prawego	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Dysfunkcja narządu słuchu i trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy ¹	pieczętka, nr i podpis lekarza

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

(miejscowość)

(data)

pieczętka, nr i podpis lekarza

¹ Adresatem programu jest osoba niepełnosprawna z dysfunkcją narządu słuchu powyżej 70 decybeli i trudnościami w komunikowaniu się za pomocą mowy.