Załącznik nr 4 do formularza wniosku w ramach programu „Aktywny samorząd”

Moduł I Obszar A Zadanie 3

.....

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 pieczątką***):

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

4. Pacjent jest osobą głuchoniemą: ☐ tak ☐ nie

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

(miejscowość) (data) pieczątka, nr_ i podpis lekarza