

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

....., dnia

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
 - **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....
2. PESEL
3. Zakres dysfunkcji narządu słuchu pacjenta (opis ubytek w decybelach): .....  
 .....
4. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne, ewentualne potrzeby w tym zakresie  
 :.....

**Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej** stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**):

<input type="checkbox"/>	Dysfunkcję obu uszu polegającą na niezdolności do odbierania bodźców akustycznych (głuchota),	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcję obu uszu polegającą na niezdolności do odbierania bodźców akustycznych z niezdolnością do mówienia (głuchoniemota)	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Niedosłyszenie w stopniu wykluczającym prawidłową komunikację	pieczętą, nr i podpis lekarza

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

(miejsowość)

(data)

.....

pieczętą, nr i podpis lekarza

