

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

☐	Ubytek słuchu w uchu prawym wynosi powyżej 70 decybeli (db)	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Ubytek słuchu w uchu lewym wynosi powyżej 70 decybeli (db)	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Trudność w komunikowaniu się za pomocą mowy	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Występuje inna dysfunkcja ucha lewego	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Występuje inna dysfunkcja ucha prawego	pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza