

**Załącznik do wniosku w ramach programu „Aktywny samorząd”
MODUŁ I OBSZAR B zad 4**

.....

Miejscowość, dnia

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach 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**)

<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu w uchu prawym wynosi powyżej 70 decybeli (db)	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu w uchu lewym wynosi powyżej 70 decybeli (db)	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Trudność w komunikowaniu się za pomocą mowy	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Występuje inna dysfunkcja ucha lewego	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Występuje inna dysfunkcja ucha prawego	pieczętą, nr i podpis lekarza

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....
(pieczętą, nr i podpis lekarza)