

....., dnia .....

**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” (A3)  
- *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 pieczętką*):

<input type="checkbox"/>	<b>Trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy</b>	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	<b>Wymaga korzystania z usług tłumacza języka migowego</b>	pieczętka, nr i podpis lekarza

Informacje dodatkowe:

.....  
.....  
.....

..... dnia.....  
(miejscowość) (data)

.....  
(pieczętka, podpis lekarza)

• Zaświadczenie powinno być wystawione przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności.