

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**(dotyczy osób, których dysfunkcja narządu słuchu nie jest przyczyną wydania orzeczenia
o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności oraz orzeczenia o
niepełnosprawności w przypadku osób do 16 roku życia)**

**wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności
do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”
- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. PESEL
3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że dysfunkcja słuchu Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą):

<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db)	Pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db)	Pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja ucha lewego (jaka?)	Pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja ucha prawego (jaka?)	Pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja narządu słuchu i trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy ¹	Pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia 20.....r.
(miejscowość) (data)

.....
(pieczęć, nr i podpis lekarza)

¹ Adresatem programu jest osoba z dysfunkcją narządu słuchu powyżej 70 decybeli i trudnościami w komunikowaniu się z pomocą mowy.