

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

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wystawione przez lekarza specjalistę, wydane dla potrzeb programu „Aktywny samorząd”- w przypadku osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu słuchu, która nie jest przyczyną wydania orzeczenia o niepełnosprawności  
- 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 pieczętą**):

|                          |   |                                   |
|--------------------------|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db)  | pieczętka, nr<br>i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db) | pieczętka, nr<br>i podpis lekarza |

....., dnia .....20.....r.  
miejsowość data

.....  
pieczętka nr i podpis lekarza