

.....

(stempel zakładu opieki zdrowotnej lub
praktyki lekarskiej)

....., dnia

(miejsowość)

(data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza o specjalizacji związanej z rodzajem niepełnosprawności
do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Pacjent posiada dysfunkcję narządu słuchu:

- tak
- nie

4. Występująca u Pacjenta dysfunkcja narządu słuch stanowi ubytek słuchu powyżej 70 decybeli (db):

- tak
- nie

I stanowi podstawę wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

- tak
- nie

5. Stwierdza się, że dysfunkcję narządu słuchu Pacjenta wymaga korzystania z usług tłumacza języka migowego:

- tak
- nie

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....

(pieczętka, nr i podpis lekarza)