

.....
(stempel zakładu opieki zdrowotnej lub
praktyki lekarskiej)

....., dnia
(miejscowość) (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. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

a) Pacjent ma ubytek słuchu:

w uchu prawym decybeli (db)

w uchu lewym decybeli (db)

b) Pacjent ma trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy:

☐ tak ☐ nie

c) Pacjent wymaga korzystania z usług tłumacza języka migowego:

☐ tak ☐ nie

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
(pieczęć, nr i podpis lekarza)