

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

## 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 .....

(miejsowość )

(data)

.....  
(pieczętka, nr i podpis lekarza )