

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wystawione przez lekarza specjalistę, prowadzącego Pacjenta,
wydane dla potrzeb programu „Aktywny Samorząd”-
w przypadku osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu słuchu, która nie jest
przyczyną wydania orzeczenia dot. 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 pieczętką**):

| | | |
|--------------------------|---|-----------------------------------|
| <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 | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Inna dysfunkcja ucha prawego | 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 |

....., dnia20.....r.

(**miejsowość**)

(**data**)

.....
pieczętka, nr_ i podpis lekarza

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