

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta

.....

PESEL

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy dysfunkcji narządu słuchu będącej następstwem schorzeń stanowiących podstawę wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności tj. (wpisać, na czym polega dysfunkcja narządu słuchu, w stopniu wymagającym korzystania z usług tłumacza migowego).

.....
.....
.....
.....
.....
.....

....., dnia
miejscowość

pieczęć, nr
i podpis lekarza specjalisty