

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
 – lekarza specjalisty o specjalizacji związanej z rodzajem niepełnosprawności
 wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”
 (proszę wypełnić czytelnie w języku polskim)

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

a) dysfunkcja narządu słuchu Pacjenta dotyczy: ☐ *nie dotyczy*

☐ jednego ucha

☐ obydwu uszu

b) Pacjent ma ubytek słuchu: ☐ *nie dotyczy*

☐ w uchu lewym: decybeli

☐ w uchu prawym: decybeli

c) Pacjent posiada trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy:

☐ tak ☐ nie

d) Pacjent komunikuje się z otoczeniem metodami wspomagającymi/alternatywnymi:

☐ tak ☐ nie

miejscowość: dnia

.....
 pieczęć, nr i podpis lekarza