

.....  
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

....., dnia .....

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. PESEL

3. Adres zamieszkania .....

4. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że u Pacjenta

a) dysfunkcja narządu słuchu Pacjenta dotyczy :

jednego ucha

obydwu uszu

b) ubytek słuchu w uchu lewym wynosi powyżej 70 decybeli:

tak

nie

c) ubytek słuchu w uchu prawym wynosi powyżej 70 decybeli:

tak

nie

d) Pacjent jest osobą głuchoniemą:

tak  nie

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

tak  nie

....., dnia .....

(miejsowość)

(data)

.....  
pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty

**Dla osób niepełnosprawnych, których orzeczenie w stopniu znacznym lub umiarkowanym jest wydane z innego powodu niż dysfunkcja narządu słuchu oraz osób do 16 roku życia**