

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

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

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....
2. PESEL .....
3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy **(proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętą):**

<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db)	Pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db)	Pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja narządu słuchu polegająca na: ..... ..... .....	Pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Pacjent ma trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy  <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Pieczętąka, nr i podpis lekarza

4. Konieczność dostosowania pojazdu do indywidualnych potrzeb Pacjenta związanych z dysfunkcją narządu słuchu ( np. komunikatory, tablety ze specjalnym oprogramowaniem, sygnalizatory, dodatkowe oświetlenie)

TAK , jakie .....

NIE

.....  
Miejscowość i data

.....  
Pieczętąka i podpis lekarza specjalisty