

samorząd” **Moduł I Obszar B Zadanie 4**

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wystawione przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatne do rodzaju niepełnosprawności
wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”

- ***prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim***

1. Imię i nazwisko Pacjenta.....

2. PESEL

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

a) Pacjent to osoba:

- ☐ głuchoniema
- ☐ z niedosłuchem całkowitym
- ☐ z niedosłuchem częściowym
- ☐ posiadająca trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy
- ☐ wymagająca korzystania z usług tłumacza języka migowego
- ☐ nie dotyczy

b) Pacjent ma ubytek słuchu:

- ☐ w uchu lewym powyżej 70 decybeli
- ☐ w uchu prawym powyżej 70 decybeli
- ☐ nie dotyczy

Uwagi:.....

.....

.....,
(miejscowość, data)

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