

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

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

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wystawione przez lekarza specjalistę  
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. Rodzaj niepełnosprawności .....  
.....
5. Zakres dysfunkcji narządu słuchu pacjenta /opis/ .....  
.....
6. Używane przez pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie: .....  
.....  
.....
7. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że w związku z niepełnosprawnością pacjenta:

Niezbędne jest wsparcie pacjenta w formie usługi tłumacza migowego dla prawidłowej komunikacji w trakcie kursu i egzaminu na prawo jazdy    ☐tak    ☐nie

Uwagi dodatkowe: .....  
.....  
.....  
.....

.....  
/miejscowość, data/

.....  
/pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie/