

.....  
**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 niepełnosprawność pacjenta dotyczy /proszę zakreślić właściwe pola oraz potwierdzić podpisem i pieczętą/
  - 1) Ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db) ☐ tak ☐ nie
  - 2) Ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db) ☐ tak ☐ nie
  - 3) Inna dysfunkcja ucha lewego ☐ tak ☐ nie
  - 4) Inna dysfunkcja ucha prawego ☐ tak ☐ nie

Uwagi dodatkowe: .....

.....  
/miejscowość, data/

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