

.....
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/