

Załącznik nr 2 do formularza wniosku w ramach programu „Aktywny samorząd”
Moduł I Obszar A Zadanie nr 4

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

....., dnia.....
(miejscowość)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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 lub badania** stwierdza się,
że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem
i pieczętką**):

<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db)	
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja ucha lewego	
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja ucha prawego	

4. Pacjent posiada dysfunkcję obu uszu polegającą na niezdolności do odbierania bodźców
akustycznych (głuchota) tak nie

5. Pacjent posiada dysfunkcję obu uszu polegającą na niezdolności do odbierania bodźców
akustycznych z niezdolnością do mówienia (głuchoniemota) tak nie

6. Pacjent posiada ubytek słuchu powyżej 70 decybeli (db) w uchu lepszym tak nie

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza