

*Załącznik nr 3 do formularza wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
Moduł I Obszar B Zadanie nr 4*

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

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**):

☐	Ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db)	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db)	
☐	Inna dysfunkcja ucha lewego	
☐	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 ma trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy ☐ tak ☐ nie

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza