

Załącznik nr 2d do formularza wniosku w ramach programu „Aktywny samorząd”

Moduł I Obszar B Zadanie nr 4

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

....., dnia.....
 (miejsowość)

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)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja ucha lewego	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja ucha prawego	pieczętka, nr i podpis lekarza

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

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

....., dnia
 (miejsowość) (data)

.....
 pieczętka, nr i podpis lekarza