

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

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
**– lekarza specjalisty o specjalizacji związanej z rodzajem niepełnosprawności**  
wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
**(proszę wypełnić czytelnie w języku polskim)**

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

a) dysfunkcja narządu słuchu Pacjenta dotyczy:  *nie dotyczy*

jednego ucha

obydwu uszu

b) Pacjent ma ubytek słuchu:  *nie dotyczy*

w uchu lewym: ..... decybeli

w uchu prawym: ..... decybeli

c) Pacjent posiada trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy:

tak       nie

d) Pacjent komunikuje się z otoczeniem metodami wspomagającymi/alternatywnymi:

tak       nie

miejscowość: ..... dnia .....

.....  
pieczętka, nr i podpis lekarza