

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE ¹

wystawione przez lekarza specjalistę, prowadzącego Pacjenta,
wydane dla potrzeb programu „Aktywny Samorząd”-
w przypadku osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu słuchu, która nie jest
przyczyną wydania orzeczenia dot. niepełnosprawności - **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)	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Inna dysfunkcja ucha lewego	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Inna dysfunkcja ucha prawego	pieczętka, nr i podpis lekarza

4. Pacjent ma trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy:

☐ tak ☐ nie

5. Pacjent wymaga korzystania z usług tłumacza języka migowego:

☐ tak ☐ nie

....., dnia20.....r.

(miejscowość)

(data)

.....
pieczętka, nr_ i podpis lekarza