

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności
do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” (B4)
dla osób do 16 roku życia oraz jeśli dysfunkcja narządu słuchu nie jest przyczyną wydania
orzeczenia

- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się,
że dysfunkcja słuchu 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	

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

☐ Tak ☐ Nie

....., dnia

(miejscowość)

(data)

pieczętka, nr i podpis lekarza