Załącznik nr 3 do formularza wniosku w ramach programu „Aktywny samorząd”–
Moduł I Obszar A Zadanie nr 4

.....
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 pieczątką***):

☐	Ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db)	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐	Ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db)	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐	Inna dysfunkcja ucha lewego	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐	Inna dysfunkcja ucha prawego	pieczątka, **nr** i podpis lekarza

4. Pacjent ma trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy:
   ☐ tak ☐ nie
5. Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, stan i zakres dysfunkcji narządu słuchu powodującej niepełnosprawność wymaga zakupu i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu takich elementów jak:
   a) ……
   b) ……
   c) ……

....., dnia .....20.....r. .....

(**miejscowość**) (**data**) pieczątka, nr i podpis lekarza