

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o pomoc w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
 - **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. PESEL
3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej i/lub badania stwierdza się, że dysfunkcja narządu słuchu pacjenta dotyczy (**proszę wpisać znak X w odpowiednie pola oraz potwierdzić podpisem i pieczętą specjalisty schorzeń narządu słuchu**):

<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"/>	Pacjent ma trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja narządu słuchu:	pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia

(miejscowość)

(data)