

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

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
DLA OSÓB POWYŻEJ 16 ROKU ŻYCIA**

- lekarz specjalista o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny Samorząd” prosimy wypełnić czytelnie

Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL.....

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:
dysfunkcja narządu słuchu Pacjenta dotyczy:

dotyczy jednego ucha:

Lewe ucho..... decybeli

Prawe ucho..... decybeli

dotyczy obu uszu:

Lewe ucho..... decybeli

Prawe ucho..... decybeli

biorąc pod uwagę powyższe stwierdzam, że pacjent jest osobą głuchą (należy przez to rozumieć osobę niepełnosprawną z ubytkiem słuchu powyżej 70 decybeli (dB) w obu uszach):

tak

nie

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

pieczęć, nr i podpis lekarza