

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

....., **dnia**

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza specjalistę chorób narządu słuchu
stanowiące załącznik do wniosku o dofinansowanie 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 stwierdza się, że:

a) dysfunkcja narządu słuchu Pacjenta dotyczy*:

☐ jednego ucha

☐ obydwu uszu

b) Pacjent jest osobą*:

☐ głuchą

☐ głuchoniemą

☐ z dysfunkcją narządu słuchu w stopniu wykluczającym prawidłową komunikację,
wymagającą korzystania z usług tłumacza języka migowego w trakcie kursu i egzaminu na
prawo jazdy

....., **dnia**
(miejscowość) (data)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza

*** zaznaczyć właściwe**