

.....  
**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**