

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane 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 niepełnosprawność Pacjenta dotyczy dysfunkcji narządu słuchu, w stopniu wymagającym korzystania z usług tłumacza języka migowego :

tak ☐

nie ☐

4. Pacjent ma ubytek słuchu:

ucho lewe decybeli

ucho prawe decybeli

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza