

....., dnia

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
lekarza specjalisty

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:

a) Pacjent ma ubytek słuchu:

w uchu prawym decybeli (db)

w uchu lewym decybeli (db)

b) Pacjent ma trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy:

tak nie

c) Pacjent wymaga korzystania z usług tłumacza języka migowego:

tak nie

....., dnia

(miejscowość)

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza