

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE ¹

wystawione przez lekarza specjalistę, prowadzącego Pacjenta,
wydane dla potrzeb programu „Aktywny Samorząd”-
w przypadku osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu słuchu, która nie jest
przyczyną wydania orzeczenia dot. niepełnosprawności - **prosimy wypełnić czytelnie w języku
polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. PESEL ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się,
że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole ☐
oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):

☐	Ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db)	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db)	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Inna dysfunkcja ucha lewego	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Inna dysfunkcja ucha prawego	pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia20.....r.
(miejscowość) (data)

.....
pieczętka, nr_ i podpis lekarza