

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu
„Aktywny samorząd”
- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

1. Imię i nazwisko Pacjenta :

2. PESEL:

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że dysfunkcja słuchu Pacjenta dotyczy(**proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką**):

<input type="checkbox"/>	Trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Niezbędne jest wsparcie Pacjenta w formie usługi tłumacza migowego	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Osoba głuchoniewidoma	pieczętka, nr i podpis lekarza

4. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie:

.....

.....

.....

....., dnia

(miejscowość) (data)

.....

(pieczętka, nr i podpis lekarza)