



Załącznik nr 2d do formularza wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
**Moduł I Obszar B Zadanie nr 4**

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

....., dnia.....  
(miejsowość)

**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 lub badania stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**):

<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db)	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db)	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja ucha lewego	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja ucha prawego	pieczętą, nr i podpis lekarza

4. Pacjent posiada dysfunkcję obu uszu polegającą na niezdolności do odbierania bodźców akustycznych (głuchota)  tak  nie

5. Pacjent posiada dysfunkcję obu uszu polegającą na niezdolności do odbierania bodźców akustycznych z niezdolnością do mówienia (głuchoniemota)  tak  nie

6. Pacjent ma trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy  tak  nie

7. Pacjent posiada ubytek słuchu powyżej 70 decybeli (db) w uchu lepszym  tak  nie

....., dnia .....  
(miejsowość) (data)

.....  
pieczętą, nr i podpis lekarza