

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

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Wydane do wniosku przez lekarza **specjalistę** o pomoc w ramach programu „Aktywny samorząd”  
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. PESEL

3. Pacjent ma problemy w komunikowaniu się: **TAK**  **NIE**

4. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że: niepełnosprawność pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole**  **oraz potwierdzić podpisem i pieczętką**):

<input type="checkbox"/>	Pacjent posiada ubytek słuchu <b>w uchu prawym powyżej 70</b> decybeli (db)	pieczętka, nr i podpis lekarza <b>specjalisty</b>
<input type="checkbox"/>	Pacjent posiada ubytek słuchu <b>w uchu lewym powyżej 70</b> decybeli (db)	pieczętka, nr i podpis lekarza <b>specjalisty</b>
<input type="checkbox"/>	Pacjent posiada ubytek słuchu <b>w uchu prawym poniżej 70</b> decybeli (db)	pieczętka, nr i podpis lekarza <b>specjalisty</b>
<input type="checkbox"/>	Pacjent posiada ubytek słuchu <b>w uchu lewym poniżej 70</b> decybeli (db)	pieczętka, nr i podpis lekarza <b>specjalisty</b>

....., dnia .....,  
(miejscowość) (data)

.....  
(pieczętka, nr i podpis lekarza **specjalisty**)