

.....  
(stempel zakładu opieki zdrowotnej lub  
praktyki lekarskiej)

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

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE (dysfunkcja narządu słuchu)**  
wydane przez lekarza o specjalizacji związanej z rodzajem niepełnosprawności  
do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

**I Imię i nazwisko pacjenta** .....

**II PESEL**

**III Pacjent posiada dysfunkcję narządu słuchu:**

tak  nie

**IV Występująca u pacjenta dysfunkcja narządu słuchu powoduje u osoby niepełnosprawnej komunikację z otoczeniem metodami wspomagającymi/alternatywnymi:**

tak  nie

niezbędne jest wsparcie w formie usług tłumacza migowego

tak  nie

**V UZASADNIENIE**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

....., data .....  
(miejscowość)

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