…… ……, dnia ……
(stempel zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej) (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 komunikacje z otoczeniem metodami wspomagającymi/alternatywnymi:

☐ tak ☐ nie

niezbędne jest wsparcie w formie usług tłumacza migowego

☐ tak ☐ nie

V UZASADNIENIE

……

……

……

……

……

…….., data ……
(miejscowość)

……
(pieczątka, nr i podpis lekarza)