

.....

Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

**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 stwierdza się, że u Pacjenta występuje:**

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

....., dnia .....

miejsowość

data

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty

Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, **stan i zakres dysfunkcji narządu słuchu** powodującej niepełnosprawność wymaga zakupu wyposażeniem, w tym:

Specyfikacja zakupu (rodzaj planowanego oprzyrządowania samochodu)	uwagi
<input type="checkbox"/> Komunikatory/tablice:	
<input type="checkbox"/> Tablet/telefon z możliwością rozmów tekstowych:	
<input type="checkbox"/> Oprogramowanie:	
<input type="checkbox"/> Aplikacje:	
<input type="checkbox"/> Sygnalizator:	
<input type="checkbox"/> Dodatkowe oświetlenie:	
<input type="checkbox"/> Wskaźniki optyczne:	
<input type="checkbox"/> Inne, jakie:	

....., **dnia** .....

miejsowość

data

.....

pieczętka, nr\_i podpis lekarza specjalisty