

**Moduł I Obszar B Zadanie 4**

.....  
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

.....  
(miejscowość, data)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” *prosimy wypełnić  
czytelnie w języku polskim*

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. Numer PESEL .....

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

a) Pacjent:

- osoba głuchoniema
- osoba ma niedosłuch całkowity
- osoba na niedosłuch częściowy
- osoba ma trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy
- osoba wymaga korzystania z usług tłumacza języka migowego
- nie dotyczy

b) Pacjent ma ubytek słuchu:

- w uchu lewym powyżej 70 decybeli
- w uchu prawym powyżej 70 decybeli
- inna dysfunkcja ucha lewego
- inna dysfunkcja ucha prawego
- nie dotyczy

Uwagi: .....

.....

*\*W przypadku pomyłki proszę o poprawienie jej poprzez przekreślenie i podpisanie się obok*

.....  
(miejscowość i data)

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