

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

– lekarza specjalisty o specjalizacji związanej z rodzajem niepełnosprawności

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. Zakres dysfunkcji narządu słuchu pacjenta (opis):
.....
.....
4. Rodzaj sprzętu elektronicznego lub jego elementów wraz z oprogramowaniem wskazany dla Pacjenta z uwagi na likwidację barier w dostępie do uczestnictwa w społeczeństwie informacyjnym.....
.....
.....
5. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że ubytek słuchu w uchu lepszym Pacjenta wynosi: (właściwe zaznaczyć)

☐ powyżej 70 db (decybeli)

☐ poniżej 70 db (decybeli)
6. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że Pacjent ma trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy: (właściwe zaznaczyć)

☐ tak

☐ nie

....., dnia
(miejscowość) (data)

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