

.....
data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny Samorząd”
NALEŻY CZYTELNICIE WYPEŁNIĆ KAŻDĄ RUBRYKĘ W JĘZYKU POLSKIM

1. IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA

PESEL

Adres zamieszkania

2. Zakres dysfunkcji narządu słuchu (opis)

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

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy niedosłuchu w stopniu: LEKKIM/ŚREDNIM/GŁĘBOKIM (niewłaściwe skreślić) **na poziomie:**

w uchu prawym: dB (podać liczbę),

w uchu lewym: dB (podać liczbę).

4. Stwierdzam, że niezbędne oprzyrządowanie samochodu dla ww. osoby z dysfunkcją narządu słuchu to:

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

(np. tablet ze specjalnym oprogramowaniem, sygnalizator dla kierowcy montowany na szybie nad kierownicą itp.)

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