



pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

1. Imię i Nazwisko .....  
PESEL albo numer dokumentu tożsamości.....  
Adres (miejsce pobytu) .....

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania  
stwierdza się, że dysfunkcja słuchu Pacjenta dotyczy (*proszę  
zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczętką*):

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

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

miejsceowość

(data)

.....

pieczętka, nr\_ i podpis lekarza specjalisty

#### Wyjaśnienia:

**Dysfunkcja narządu słuchu:** należy przez to rozumieć dysfunkcję narządu słuchu stanowiącą powód wydania orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, a w przypadku, gdy orzeczenie jest wydane z innego powodu – ubytek słuchu powyżej 70 decybeli (db) w uchu lepszym, stan ten musi być potwierdzony w odpowiednim dokumencie lub zaświadczeniu wydanym przez lekarza specjalistę.