

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” (A3)

- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta.....

PESEL

2. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania**
stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy dysfunkcji
narządu słuchu będącej następstwem schorzeń stanowiących
podstawę wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności tj. (wpisać
na czym polega dysfunkcja narządu słuchu, **w stopniu wymagającym**
korzystania z usług tłumacza migowego)

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

....., dnia

(**miejsowość**)

(**data**)

pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty