Załącznik do wniosku obszar A/ Zadanie 4 **(osoby ze znacznym/umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu słuchu)**

……
Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

……..……, **dnia** ……..

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd" (A4)

- ***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 ***(proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczątką):***

☐	Ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db)	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐	Ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db)	
☐	Inna dysfunkcja ucha lewego	
☐	Inna dysfunkcja ucha prawego	