…… ……, dnia ……
(stempel zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej) (miejscowość) (data)

ZAŚWIA DCZE NIE LEKAR SKIE (dysfunkcja narządu słuchu)
wydane przez lekarza o specjalizacji związanej z rodzajem niepełnosprawności
do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny Samorząd”
- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

Imię i nazwisko pacjenta ……..

PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Pacjent posiada dysfunkcję narządu słuchu :

☐ tak ☐ nie

Występująca u pacjenta dysfunkcja narządu słuchu powoduje u osoby niepełnosprawnej komunikacje z otoczeniem metodami wspomagającymi/alternatywnymi:

☐ tak ☐ nie

Niezbędne jest wsparcie w formie usług tłumacza migowego

☐ tak ☐ nie

UZASA DNIE NIE

……
……
……
……
……
……
……
……

UWAGA!
1.W przypadku braku pieczęci lub podpisu lekarza w rubrykach do tego przeznaczonych, a także danych w poszczególnych rubrykach zaświadczenia, zaświadczenie zostanie zwrócone Wnioskodawcy celem uzupełnienia.
2. W przypadku dokonywania skreśleń i poprawek w zaświadczeniu, należy potwierdzać ten fakt czytelnym podpisem lekarza dokonującego skreśleń i poprawek.

……, data …… ……
(miejscowość) (pieczątka, nr i podpis lekarza)

Pouczenie: zaświadczenie nie może być wystawione wcześniej niż na 120 dni przed dniem złożenia wniosku