

.....  
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu praktyki lekarskiej

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(wystawione przez lekarza specjalistę)

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

Specyfikacja zakupu (rodzaj planowanego oprzyrządowania samochodu)		potwierdzenie
<input type="checkbox"/>	System wspomagania parkowania	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	komunikatory/tablice	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	tablet/telefon z możliwością rozmów tekstowych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Oprogramowanie lub aplikacje	pieczętka, nr i podpis lekarza pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dodatkowe oświetlenie(kabiny)	pieczętka, nr i podpis lekarza pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Wskaźniki optyczne	pieczętka, nr i podpis lekarza pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	inne, jakie:	pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia .....  
(miejscowość ) (data)

.....  
pieczętka, nr podpis lekarza specjalisty