

- dot. osób niepełnosprawnych w wieku do lat 16

- lub gdy przyczyna wydania orzeczenia jest inna niż 03-L (dysfunkcja narządu słuchu)

**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

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

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” (B4)

- **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 pieczętką**):

<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu w <u>uchu lepszym</u> , <b>powyżej</b> 70 decybeli (db) –..... (ilość db)
<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu w <u>uchu lepszym</u> , <b>poniżej</b> 70 decybeli (db) - .....(ilość db)
<input type="checkbox"/>	Pacjent w związku z poziomem dysfunkcji narządu słuchu wymaga zwiększenia liczby godzin szkolenia w zakresie obsługi nabytego sprzętu elektronicznego i oprogramowania.

.....

pieczętka, nr i podpis  
lekarza specjalisty