

Załącznik nr 2 do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” Moduł I Zadanie A3 – pomoc w uzyskaniu prawa jazdy (dysfunkcja narządu słuchu)

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

Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
**- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....
2. PESEL 

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

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

(miejsowość) (data)

.....  
pieczętka, nr i podpis lekarza