

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

1. Imię i nazwisko Pacjenta.....

2. PESEL

**Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że u Pacjenta występuje (proszę
zakreślić właściwe pole):**

- ubytek słuchu w uchu lepszym, powyżej 70 decybeli (db),**
- inna dysfunkcja narządu słuchu:**

.....

Pacjent z uwagi na ograniczenia wynikające z istniejącej niepełnosprawności narządu słuchu wymaga
montażu następującego specjalistycznego oprzyrządowania do samochodu (**proszę zakreślić właściwe
pole**):

- system wspomagania parkowania,
- komunikatory/tablice,
- tablet/telefon z możliwością rozmów tekstowych,
- oprogramowanie lub aplikacje,
- dodatkowe oświetlenie (kabiny),
- wskaźniki optyczne,
- inne, proszę wskazać jakie

....., dnia

miejsowość

data

.....

pieczętka, podpis lekarza specjalisty