

....., dnia

stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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*

1. Imię
2. Nazwisko
3. Pesel

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej Pacjenta z dysfunkcją narządu słuchu stwierdza się, że

- a) dla prawidłowej komunikacji w trakcie uczestnictwa w kursie i egzaminie na prawo jazdy, niezbędne jest wsparcie w formie usługi tłumacza języka migowego TAK NIE
- b) pacjent spełnia następujące kryteria:
- dysfunkcja obu uszu, niezdolność do odbierania bodźców akustycznych (głuchota) TAK NIE
 - niezdolność do mówienia (głuchoniemota) TAK NIE
 - niedosłyszenie w stopniu wykluczającym prawidłową komunikację TAK NIE

....., dnia

(miejscowość) (data)

.....

(pieczęć, nr i podpis lekarza)