

.....  
stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

### **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE lekarza specjalisty**

(wydane dla potrzeb PFRON- pilotażowy program „Aktywny samorząd” Obszar A zadania 4)

**Imię i nazwisko Pacjenta** .....

**Data Urodzenia** ..... **PESEL** .....

**Miejsce zamieszkania** .....

(nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdzam, że:

1) Pacjent ma ubytek słuchu powyżej 70 decybeli (db)

**TAK**

**NIE**

1) Pacjent ma trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy

**TAK**

**NIE**

**Uwagi dodatkowe:**

.....  
.....

.....  
(miejscowość)

.....  
(data)

.....  
pieczętka i podpis lekarza  
specjalisty schorzeń narządu słuchu\*

.....  
\*Zgodnie z ust. 31 pkt 6) „Kierunków działań (...) w 2020 roku” w przypadku Obszaru A Zadanie 4, gdy dysfunkcja narządu słuchu nie jest przyczyną wydania orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, to należy przedłożyć zaświadczenie wystawione przez lekarza specjalistę potwierdzające, że osoba niepełnosprawna, której dotyczy wniosek, ma ubytek słuchu powyżej 70 decybeli (db).