

**Moduł I Obszar A Zadanie 4 oraz B Zadanie 2 i 4**  
(dotyczy dysfunkcji narządu słuchu)

.....  
Stempel zakładu opieki zdrowotnej

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**wystawione przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności**  
wydane dla potrzeb PCPR w Żninie– dot. 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 dysfunkcja słuchu 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)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja ucha lewego	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja ucha prawego	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Niezbędne jest wsparcie Pacjenta w formie usługi tłumacza migowego	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Osoba głuchoniewidoma	pieczętka, nr i podpis lekarza

4. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie: .....

.....  
.....  
.....

....., dnia .....,  
(miejscowość) (data)

.....  
(pieczętka, nr i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie)