

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia
miejscowość

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

Zaświadcza się, że
(imię i nazwisko pacjenta)

zamieszkały(a)
(miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

nr PESEL jest osobą niepełnosprawną, w niżej wskazanym zakresie
(**proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczęcią**):

<input type="checkbox"/>	osoba niepełnosprawna komunikująca się z otoczeniem metodami wspomagającymi/alternatywnymi, a dla prawidłowej komunikacji w trakcie kursu i egzaminu na prawo jazdy, zgodnie z oświadczeniem/ zapotrzebowaniem wnioskodawcy, niezbędne jest wsparcie w formie usługi tłumacza migowego; pieczęć, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	osoba niepełnosprawna z ubytkiem słuchu powyżej 70 decybeli (db) pieczęć, nr i podpis lekarza

.....
pieczęć, nr i podpis lekarza specjalisty