

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wystawione przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności
wydane dla potrzeb PCPR w Toruniu– 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 pieczętą**):

<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)