Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” (B2)

- ***prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim***

1. Imię i nazwisko Pacjenta ……

   PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

2. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania** stwierdza się, że dysfunkcja wzroku Pacjenta dotyczy (***proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczątką***):

☐	Pacjent jest osobą głuchoniewidomą.
☐	Pacjent jest osoba z dysfunkcją narządu słuchu.
☐	Pacjent jest osoba z dysfunkcją narządu wzroku.
☐	Pacjent jest osoba z dysfunkcją obu kończyn górnych.
☐	Pacjent w związku z poziomem dysfunkcji narządu wzroku wymaga zwiększenia liczby godzin szkolenia w zakresie obsługi nabytego sprzętu elektronicznego i oprogramowania.
☐	Pacjent w związku z poziomem dysfunkcji narządu słuchu wymaga zwiększenia liczby godzin szkolenia w zakresie obsługi nabytego sprzętu elektronicznego i oprogramowania.

……, dnia …… ……

(**miejscowość**) (**data**) pieczątka, nr_i podpis lekarza