



MODUŁ I Obszar A Zadanie 1,2,4

Stempel zakładu opieki zdrowotnej /praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb programu „Aktywny Samorząd”
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko pacjenta.....

Data urodzenia..... PESEL

1. Rodzaj choroby zasadniczej.....

.....

.....

Pacjent wymaga (*proszę właściwie zaznaczyć znakiem **X**):

- a) **pomocy w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu**
– Obszar A, Zadanie 1,4

tak ☐ * nie ☐ *

ze względu na rodzaj niepełnosprawności spowodowany.....

.....

	TAK	NIE
stwierdza się, iż następstwem schorzeń wnioskodawcy jest dysfunkcja narządu ruchu	pieczętka i podpis lekarza specjalisty	pieczętka i podpis lekarza specjalisty
stwierdza się ubytek słuchu powyżej 70 decybeli (db) w uchu lepszem	pieczętka i podpis lekarza specjalisty	pieczętka i podpis lekarza specjalisty

b) pomocy w uzyskaniu prawa jazdy (narząd ruchu) – Obszar A, Zadanie 2

Niniejszym stwierdza się, że pacjent posiada dysfunkcję narządu ruchu:

tak ☐ * nie ☐ *

2. Pacjent wymaga likwidacji barier i wskazany jest zakup/kurs:

.....

dnia

.....

pieczętka i podpis lekarza specjalisty