

.....  
stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

....., dnia .....

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza o specjalizacji związanej z rodzajem niepełnosprawności  
do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, **stan i zakres dysfunkcji narządu słuchu**, wymaga montażu następującego specjalistycznego oprzyrządowania do samochodu:

(proszę zakreślić ☐ właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką)

<input type="checkbox"/>	system wspomagania parkowania	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	komunikatory/tablice	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	tablet/telefon z możliwością rozmów tekstowych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	oprogramowanie lub aplikacje	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	dodatkowe oświetlenie (kabiny)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	wskaźniki optyczne	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	inne, opis (w przypadku kilku przedmiotów w opisie należy wpisać cenę każdego z nich):	pieczętka, nr i podpis lekarza

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

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