

**PCPR Gorzów Wlkp. – wniosek Moduł I Obszar A**  
**Zadanie 4 – pomoc w uzyskaniu prawa jazdy**

Załącznik do wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

.....  
**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

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

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

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

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

PESEL

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

<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db)	pieczętka, nr .....i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db)	pieczętka, nr .....i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja ucha lewego	pieczętka, nr .....i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja ucha prawego	pieczętka, nr .....i podpis lekarza