

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

### **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

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

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. PESEL: .....

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

**(proszę zaznaczyć właściwe stwierdzenie x oraz potwierdzić podpisem i pieczętą):**

Pacjent posiada dysfunkcję narządu słuchu – ubytek słuchu wynosi powyżej 70 decybeli w uchu lepszym:

<input type="checkbox"/>	TAK
<input type="checkbox"/>	NIE

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

(mięscowość)

(data)

.....

pieczętą, nr. i podpis lekarza specjalisty